

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIANE XAVIER DA SILVEIRA

**DESVENDANDO A INFORMAÇÃO E DECISÃO NA PRÁTICA DO SECRETÁRIO
MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CURITIBA
2010**

ELIANE XAVIER DA SILVEIRA

**DESVENDANDO A INFORMAÇÃO E DECISÃO NA PRÁTICA DO SECRETÁRIO
MUNICIPAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Gestão e tecnologia da Informação, Área de concentração: Gestão da Informação e do Conhecimento do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof.Dr. Edelvino Razzolini Filho

**CURITIBA
2010**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. SISTEMA DE BIBLIOTECAS.
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Silveira, Eliane Xavier da

Desvendando a informação e decisão na prática do secretário municipal de saúde / Eliane Xavier da Silveira. - 2010
117 f.

Orientador: Edelvino Razzolini Filho.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas.

Defesa: Curitiba, 2010

1. Saúde pública – Gerenciamento da informação. 2. Processo decisório. I. Razzolini Filho, Edelvino. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação. III. Título.

CDD 658.4038

TERMO DE APROVAÇÃO

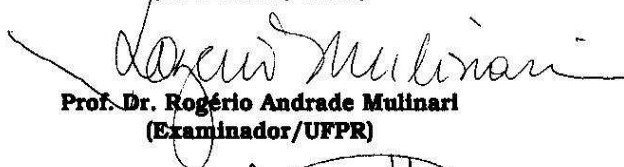
Eliane Xavier da Silveira

**"DESVENDANDO A INFORMAÇÃO E DECISÃO NA PRÁTICA DO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE"**

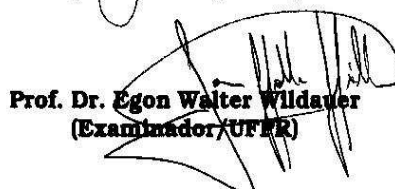
**DISSERTAÇÃO APROVADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA NO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, GESTÃO E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, PELA SEGUINTE BANCA
EXAMINADORA:**



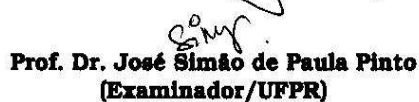
Prof. Dr. Edelvino Razzolini Filho
(Orientador/UFPR)



Prof. Dr. Rogério Andrade Mulinari
(Examinador/UFPR)



Prof. Dr. Egon Walter Wildauer
(Examinador/UFPR)



Prof. Dr. José Símao de Paula Pinto
(Examinador/UFPR)

14 de dezembro de 2010

*Para Gaspar e Giulia
por todo amor, apoio , compreensão e paciência
neste período que exigiu muitas ausências.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por toda força e proteção nas viagens.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Edelvino Razzolini Filho, que me acompanhou desde o início. Sua percepção de mundo, ensinamentos, e incentivos foram essenciais em todo esse trajeto. Sobretudo por ouvir-me, indicar-me caminhos e por contribuir com a minha formação não só como pesquisadora, mas especialmente como pessoa.

Ao Prof. Dr. Rogério Andrade Mulinari e Prof. Dr. José Simão de Paula Pinto, membros da banca por aceitarem o convite e pelas valiosas contribuições na qualificação.

Aos professores do PPCGI pelos ensinamentos sejam em aulas, conversas e no intervalo do café, em especial a Prof^a Dr^a. Leilah Santiago Bufrem.

Aos colegas de turma pelo apoio, dicas e amizade, tornando esse caminhar mais afável, em especial a Lourença Santiago Ribeiro e Maximiliano Ribeiro por compartilharmos conhecimentos, alegrias e angústias.

Aos membros da 2ª RSM pela receptividade, cujo apoio beneficiou o contato com os municípios. Em especial a Paulo Cesar Alves de Azevedo e Almeida.

Aos meus familiares que mesmo sem compreenderem a minha opção de trilhar um mestrado, com o risco inerente das viagens, incentivaram a seguir adiante me proporcionando à retaguarda necessária.

Aos secretários municipais de saúde que participaram da pesquisa e pela importante colaboração.

A todos que colaboram e contribuíram para realização desse objetivo.

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquentando e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*

Guimarães Rosa

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), âmbito municipal, é um *lócus* complexo e que apresenta uma vulnerabilidade de gestão. Concomitante a essa realidade, na atual sociedade, a informação tem uma função imprescindível que otimiza o desempenho e eficácia organizacional, assim gerir esse recurso torna-se fundamental e especialmente estratégico porque subsidia a decisão. Dentre as várias teorias relativas ao processo decisório optou-se pela abordagem da racionalidade limitada de Simon. Deste modo, a tríade SUS – Informação – Decisão edifica esta dissertação. Quanto à delimitação do universo de pesquisa está baseada no princípio da regionalização que é considerada uma estratégia relevante para a descentralização, assim compõe esse estudo os municípios da segunda regional de saúde metropolitana, formada por Curitiba e mais os 28 municípios adjacentes. Este estudo tem como objetivo identificar as características da prática decisória do secretário municipal de saúde associada ao seu comportamento informacional. Caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, numa abordagem quali-quantitativa e desenvolvida em etapas. Inicia-se pela revisão de literatura que fornece o embasamento teórico e conceitual para o desenvolvimento do estudo. Na primeira etapa foram coletados dados para se obter uma visão geral da informação na saúde pública. Na segunda etapa realiza-se uma análise dos municípios e submete-se o instrumento de pesquisa a uma avaliação terminológica. Na terceira etapa ocorreu a coleta de dados por meio do questionário eletrônico autopreenchido. A etapa seguinte corresponde à análise da prática decisória em relação à gestão da informação e a racionalidade limitada. Quanto às características do processo decisório, os resultados evidenciam que não apresenta ligação com o uso adequado da informação, haja vista, não existir um fluxo informacional formalizado e o uso da informação não estar amparado em um nível de qualidade desejável. Essa prerrogativa fundamenta a importância de se inserir a gestão da informação no setor público de saúde, pois na sociedade atual o bom desempenho de qualquer organização apresenta estreita relação com a gestão da informação que subsidia o dirigente com informações úteis, precisas e no momento adequado. Os achados da pesquisa também corroboram com as premissas de Simon quanto à limitação cognitiva de processar e ter acesso a todas as informações e que o conteúdo da decisão é influenciado pelo jogo de poder.

Palavras-chave: Gestão da informação. Saúde pública. Tomada de decisão

ABSTRACT

The National Health System (SUS), in the municipal level, is a complex locus and presents vulnerability in terms of management. Concomitant to this reality, in today's society, information has an essential function that optimizes performance and organizational effectiveness, so that resource management is fundamental and particularly strategic because it subsidizes the decision-making. Among various theories related to decision-making process was chosen the perspective of bounded rationality of Simon. Thus, the triad SUS - Information - Decision builds this dissertation. About the delimitation of the research universe is based on the principle of regionalization, which is considered an important strategy for decentralization, so this study is composed of is called the second regional of metropolitan health, formed by the city of Curitiba and over 28 surrounding counties. This study aims to identify the characteristics of decision-making of the municipal secretary of health associated with their information behavior. Characterized as an exploratory research, in a qualitative-quantitative approach and developed in stages. It begins by reviewing the literature that provides theoretical and conceptual development of the study. In the first stage, data were collected to obtain an overview of information on public health. In the second stage an analysis of the municipalities are made and the research tool was submitted to a terminological evaluation. In the third step was collected data through an electronic questionnaire automatically filled in. The next step corresponds to an analysis of the decision-making regarding the management of information and bounded rationality. Concerning the characteristics of the decision making process, the results show that has no connection with the proper use of information, have seen, there is no formalized information flow and use of information not be supported at a desirable level of quality. That prerogative justifies the importance of entering the information management in the public health sector, because in our present society the good performance of any organization is closely related to the management of information that underpins the manager with useful information, accurate and on time. The research findings also corroborate the Simon's assumptions regarding the cognitive limitation to process and have access to all information and that the decision content is influenced by the power play.

Keywords: Decision-making. Information management. Public health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ATRIBUTOS QUE PODEM SER UTILIZADOS PARA QUALIFICAR UMA INFORMAÇÃO.....	36
QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO DE PESQUISA.....	54
QUADRO 3 - NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS RECEBIDOS.....	62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - VISÃO ESQUEMÁTICA DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO	33
FIGURA 2 - MODELO PROPOSTO PARA REPRESENTAR O FLUXO DA INFORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES.....	38
FIGURA 3 - O PROCESSO DE GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO	39
FIGURA 4 - NÍVEIS DE INFORMAÇÃO E SUAS RELAÇÕES	43
FIGURA 5 - MODELO DECISÓRIO CONVENCIONAL	45
FIGURA 6 - MODELO DECISÓRIO DINÂMICO	46
FIGURA 7 - MODELO DA RACIONALIDADE LIMITADA DE SIMON	51
FIGURA 8 - DELINEAMENTO DA PESQUISA	56
FIGURA 9 IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NO PROCESSO DECISÓRIO	63
FIGURA 10 GRAU DE AUTONOMIA NO PROCESSO DECISÓRIO EM SAÚDE PÚBLICA	64
FIGURA 11 FATORES QUE DIFICULTAM A CAPACIDADE DE TOMAR DECISÃO	65
FIGURA 12 QUANDO É NECESSÁRIA UMA INFORMAÇÃO PARA TOMADA DE DECISÃO DE QUE FORMA É COLETADA ..	66
FIGURA 13 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA INFORMAÇÃO UTILIZADA NA TOMADA DE DECISÃO	67
FIGURA 14 CLASSIFICAÇÃO DO DOMÍNIO DE CONHECIMENTO DA DECISÃO BASEADA EM INFORMAÇÃO	69

LISTA DE SIGLAS

CBIS – Sistema de Informação Baseado em Computador

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – índice de Desenvolvimento Humano

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO)

PPI – Programação Pactuada Integrada

PS – Pacto pela Saúde

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para Saúde

RSM – Regional de Saúde Metropolitana

SIM – Sistema de Informação Mortalidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SI – Sistema de Informação

SIS – Sistema Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG - Termo de Compromisso de Gestão

WHO - World Health Organization (OMS)

SUMÁRIO

1	<i>INTRODUÇÃO</i>	14
1.1	Problema de pesquisa	15
1.2	Justificativa	16
1.3	Objetivos	18
1.3.1	Objetivo geral	18
1.3.2	Objetivos específicos.....	18
1.4	Estrutura da dissertação	18
1.5	Limitações do trabalho	19
2	<i>REVISÃO DE LITERATURA</i>	20
2.1	A Construção da Saúde Pública Brasileira	20
2.1.1	Sistema único de saúde	22
2.1.2	Descentralização dos serviços de saúde	23
2.1.3	Sistema da informação em saúde	27
2.2	Dado, Informação e Conhecimento	31
2.2.1	Sistemas de informação	33
2.2.2	Gestão da informação	36
2.2.3	Fluxo da informação	38
2.2.4	Valor da informação	41
2.3	Interface Informação e Tomada de Decisão	43
2.3.1	Processo decisório	46
2.3.2	A teoria da decisão e a racionalidade	48
2.3.3	A racionalidade limitada	50
3	<i>MÉTODOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</i>	53
3.1	Tipo de pesquisa	53
3.2	Universo de pesquisa e sujeito da pesquisa	53
3.3	Instrumento de pesquisa	55
3.4	Procedimentos metodológicos	55
3.4.1	Validação do instrumento de pesquisa	57
3.4.2	Análise dos dados	58
4	<i>RESULTADOS</i>	59
4.1	Entrevista não-estruturada	59
4.2	Instrumento de pesquisa	61
5	<i>DISCUSSÃO</i>	70
6	<i>CONCLUSÃO</i>	76
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	84
	ANEXO	116

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira descende dos avanços oriundos do Movimento da Reforma Sanitária, que se consolida com a promulgação da constituinte de 1988. Conceituada como a “Constituição Cidadã”, tendo em vista o seu caráter de dignidade, da liberdade e da justiça social que consolidou os princípios da democracia bem como estabeleceu um sistema de saúde universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS).

Em setembro de 2010 fez 20 anos que a Lei Orgânica da Saúde (LOS) foi instituída, lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a saúde como um direito fundamental. No transcorrer deste tempo houve significativas conquistas para a população, bem como adequações ao sistema, a fim de que o SUS possa se ajustar as mudanças ocorridas na sociedade. Entretanto, essas conquistas não encobrem que o SUS ainda carece de aperfeiçoamento e eficiência.

E, refletindo sobre o aperfeiçoamento do SUS aliado a inserção dos indivíduos numa nova sociedade, a Sociedade da Informação, que presume aplicação da informação em todo o seu contexto, inicia-se a primeira edificação desse estudo.

A evolução do estudo em questão aprimora-se parafraseando Davenport e Prusak (1998a) nosso conhecimento sobre o uso da informação nas organizações é insuficiente, então devemos questionar como a informação é reunida, compartilhada e utilizada atualmente, sendo que inicialmente deve-se perceber o usuário da informação em seu ambiente.

Ao se proceder a análise de um usuário de informação, está se averiguando o seu comportamento informacional. A apreciação desse comportamento compreende a forma de: buscar, usar, compartilhar e até mesmo descartar a informação (DAVENPORT e PRUSAK, 1998a).

Sendo que a informação está presente praticamente na totalidade das atividades que uma organização realiza, e tem relevância social e econômica. Assim, gerir de forma eficaz os recursos e fluxos informacionais torna-se fundamental em qualquer segmento organizacional. Pois, informação significa um

ativo valioso e indispensável para antecipar, perceber e responder às transformações ambientais e solidificar a atuação organizacional (BEAL, 2008).

A solidificação organizacional ocorre por meio da administração que se fundamenta no processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso de recursos da organização a fim de alcançar seus objetivos (CHIAVENATO, 2000). E, a realização dos objetivos apresenta conexão estreita com o processo de decisão, ou seja, proceder à opção dentre as diversas alternativas disponíveis.

Considera-se que a função do administrador é tomar decisão no que se refere às atividades que conduzam a organização a um resultado eficaz num amanhã duvidoso, sendo esta uma tarefa conectada à informação (McGEE e PRUSAK, 1994). Assim, o alicerce desse estudo se consolida: SUS - Informação – Decisão.

Entretanto, o simples fato isolado de haver informação numa organização não possibilita ao administrador um processo decisório eficaz, ou seja, que os objetivos sejam alcançados. Pois, é o uso da informação que possibilita a tomada de decisão com mais qualidade sobre seus processos, e supervisionar resultados de seus atos (DAVENPORT e PRUSAK 1998a).

Esta dissertação pretende conjugar os conhecimentos da gestão da informação e do processo decisório com o segmento de saúde pública. Dentre as várias teorias relativas ao processo decisório, neste estudo optou-se pela abordagem de Herbert Simon¹ (1970) pesquisador numa linha teórica que considera as limitações humanas nesse processo, formulando a teoria da racionalidade limitada. E, por entender que no contexto deste estudo - saúde pública interage múltiplas variáveis sociais, econômicas e políticas que fazem parte do dia-dia do secretário municipal de saúde, assim no processo decisório nem sempre se evidência a maximização dos resultados e sim uma busca pela opção satisfatória.

1.1 Problema de Pesquisa

O SUS preconiza o acesso universal ao sistema de saúde como também a descentralização, fato este que proporcionou o avanço no processo de

¹ Foi um pesquisador na área da psicologia cognitiva, administração pública e economia. Laureado com o prêmio Nobel de Economia em 1978, por sua pesquisa pioneira sobre o processo de tomada de decisões nas organizações econômicas.

municipalização da saúde. Desta forma, cabe a esfera municipal conforme a estabelece a Lei nº 8080/90 (Art. 18) “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. E, contemplando a complexidade deste setor, nota-se como é árdua a tarefa de gerenciamento, pois o secretário de saúde precisa possuir um certo domínio de conhecimento, na área de economia, administração, epidemiologia, sanitarismo, tecnologia, enfim, uma infinidade de conhecimentos. Soma-se a essas áreas o advento da informação, que desempenha um papel relevante na sociedade contemporânea.

Contudo, a existência de deficiências e problemas na área de saúde pública é notoriamente conhecida, enfrenta problemas como: aumento dos gastos com serviços de saúde que podem ser vinculados aos padrões culturais e tecnológicos entre outros, vulnerabilidade da gestão dos serviços de saúde, fragmentação dos serviços de saúde (uma vez que cada unidade de atendimento é considerada um ponto isolado, e a fragmentação deste setor com outros sistemas econômicos e sociais), alocação dos profissionais de saúde (concentrados excessivamente nos grandes centros) e insatisfação dos cidadãos.

Ao se conjugar as fragilidades desse sistema, especialmente no que se refere à gestão, com a informação que atualmente representa uma ferramenta estratégica para a organização e considerando que a alta administração tem a incumbência de tomar as decisões importantes para organização, surge uma questão de estudo a ser desvendada.

Desta forma, o problema de pesquisa a ser respondido neste estudo fica assim enunciado:

Quais são as características da tomada decisão do secretário municipal de saúde e se apresenta ligação com o uso adequado da informação?

1.2 Justificativa

O processo de produção da informação em saúde tem diversas finalidades, por exemplo, notificação de doenças e agravos, imunizações, expansão dos

conhecimentos referentes ao funcionamento do sistema de saúde, das unidades e equipes de trabalho, captar a opinião dos usuários sobre os serviços de saúde, e identificar os recursos financeiros.

Os dados que compõem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são gerados a partir da própria população e atividades de saúde (WHO, 2008), os profissionais de saúde habitualmente registram estes dados em planilhas. Assim, as unidades de saúde diariamente produzem uma infinidade de dados, que são coletados e armazenados.

Muito mais que coletar dados é necessário agregar valor a estes referenciais, transformando-os em informação que orientem o processo decisório e proporcionem um bom desempenho organizacional.

Na esfera municipal, o secretário de saúde, está inserido num emaranhado de informação, e pressionado pela sociedade para apresentar um sistema de saúde resolutivo, e que disponibilize atenção integral ao cidadão. Por outro lado, sofre pressão das questões técnicas referente a um orçamento exíguo, carência de profissionais de saúde fora de grandes centros, também não se pode desprezar o contexto político.

Todavia, provavelmente o desconhecimento e/ou limitações de conhecimentos no que se refere à gestão da informação, pelo secretário municipal de saúde, tem restringido o uso da informação como uma ferramenta para realização de suas atividades profissionais, bem como identificar a informação como um recurso estratégico para embasar a tomada de decisão com a finalidade de reduzir incertezas e ambigüidades.

Espera-se com este estudo propiciar contribuições para área acadêmica e organizacional no que se refere à gestão da informação no contexto da saúde pública municipal. Além disso, espera-se que, com a realização da pesquisa, que os secretários atentem à questão do gerenciamento dos recursos informacionais como elemento importante para uma adequada gestão do SUS.

Outro fator, que torna relevante este estudo é a motivação. De acordo com Todorov e Moreira (2005) a motivação é um componente intrínseco do comportamento humano, ou seja, energia interna que nos conduz a atuação e por

ser interna só nós mesmos a podemos sentir. A motivação da pesquisadora em questão é oriunda da sua vivência e experiência profissional na área de saúde pública. De forma empírica, observa que as unidades de saúde geram dados que são transcritos em planilhas e repassados para instância superior, mas que na maioria das vezes não são utilizados para criar significados e respaldar o processo decisório.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Identificar as características da prática decisória do secretário municipal de saúde associada ao seu comportamento informacional

1.3.2 Objetivos específicos

- ✓ Analisar a prática decisória do secretário municipal de saúde sob a ótica do modelo decisório da Racionalidade Limitada;
- ✓ Verificar o comportamento informacional do secretário municipal de saúde na prática decisória;
- ✓ Discutir informação e processo de tomada de decisão destacando-se a potencialidade da gestão da informação no segmento de saúde pública municipal;

1.4 Estrutura da dissertação

A dissertação estrutura-se em seis capítulos. O primeiro engloba os aspectos introdutórios, apresentando a contextualização do tema, a justificativa e os objetivos que guiam esse estudo.

O capítulo dois, revisão de literatura, refere-se à abordagem teórica realizada nas áreas de saúde pública, informação e tomada decisão, apresentando os fundamentos basilares necessários ao aprofundamento e desenvolvimento da pesquisa.

O capítulo três, métodos e procedimentos metodológicos, versa sobre os procedimentos empregados para alcançar o objetivo geral e específicos desse estudo.

O capítulo seguinte, resultado, demonstra os dados obtidos juntos aos secretários municipais de saúde por meio do questionário.

O quinto capítulo discute os dados obtidos, ou seja, procede-se análise dados gerando informação acerca do assunto abordado

Em seguida, a conclusão, que resgata e explicita os resultados finais conectados com objetivo geral e objetivos específicos da investigação.

1.5 Limitações do trabalho

As limitações do trabalho residem no desafio de pesquisar em diferentes áreas de conhecimento (saúde pública, informação e administração) na busca de uma relação dialógica o que nem sempre propicia ao pesquisador uma compreensão total desses campos de conhecimento.

Outro fator limitante refere-se à análise da informação para tomada de decisão sob a percepção do secretário de saúde, não referenciando a percepção dos demais profissionais de saúde pública, obtendo-se somente um ângulo da questão.

Além disso, a dispersão geográfica dos municípios que compõem o universo de pesquisa poderia ser uma barreira para coleta de dados, assim como o procedimento metodológico de coleta de dados por meio digital pode representar uma fragilidade deste estudo.

Ao se delimitar o universo de pesquisa (municípios) pelo critério da regionalização limita-se a conclusão para a especificidade deste contexto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O escopo dos capítulos a seguir será apresentar os fundamentos basilares que darão suporte à dissertação, os quais estão amparados em pesquisa bibliográfica sobre a temática da pesquisa, bem como temas correlatos.

2.1 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Ao se analisar a complexa área de saúde pública, se faz necessário compreender o seu processo de construção e fundamentos basilares. A saúde pública brasileira descende dos avanços políticos oriundos da reforma sanitária, que se consolida com a promulgação da constituição de 1988.

Para Teixeira,

a Reforma Sanitária no Brasil é definida como uma estratégia política e um processo de transformação institucional cujo projeto e trajetória de institucionalização implicaram a reformulação de um campo de saber. Emergindo como parte da luta pela democracia, a Reforma Sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). (TEIXEIRA, 2009, p.474)

Esse movimento projetou a construção de uma nova performance civilizatória, que provoca uma densa alteração cultural, política e institucional com capacidade de viabilizar a saúde como um bem público. (TEIXEIRA, 2009). Escorel (1998) apresenta em seus estudos, que a partir da existência e desenvolvimento desse movimento ocorreu uma reviravolta na forma de apreciar, abordar e refletir o tema saúde no Brasil.

O movimento da reforma sanitária se constituiu a partir da conexão de três vertentes, sendo a primeira composta pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que disseminaram a teoria social da medicina, abordando temas como a saúde comunitária. O movimento de Médicos Residentes e de Renovação Médica formou a segunda corrente, segundo Escorel (1998) “essa vertente distingui-se da anterior por significar uma atuação política em uma arena concreta: o mundo do trabalho”. A terceira vertente representa o marco

teórico e ideológico representado pela Academia, onde por meio do conhecimento houve um esforço de aliar as ciências sociais às questões de saúde, tendo como efeito a edificação de uma teoria social de saúde (ESCOREL, 1998).

A separação do movimento reforma sanitária em segmentos, representa uma forma de tratar a multicomposição do movimento, entretanto essa separação expressa a peculiaridade de cada segmento, o que não significa que o espaço de atuação dos segmentos seja privativo e delimitado rigidamente, visto que todos integravam o movimento sanitário (ESCOREL, 1998).

Os princípios que direcionaram esse processo foram:

- um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
 - um princípio científico que: compreende a determinação social do processo saúde/doença;
 - um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
 - um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa, até a reabilitação.
- (TEIXEIRA, 2009, p.477)

Em março de 1986, o primeiro presidente civil José Sarney, procede à abertura dos trabalhos da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), e no seu discurso referencia que esta CNS deveria compor-se “numa verdadeira pré-constituente de Saúde”. A 8ª conferência foi a primeira conferência aberta à sociedade e representa a propagação do movimento da reforma sanitária, embora esta conferência não efetive propostas específicas para a Constituição, deliberou o conjunto de referências que formaram as sugestões e reivindicações que o movimento sanitário apresenta no processo constituinte (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Considera-se a Constituição de 1988 como um marco na história da saúde pública brasileira ao expressar no art. 196.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998, p.133)

O tema saúde na constituição, segundo Mendes (2001a), revela-se como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social, como de relevância pública e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde (SUS).

A implantação legal do SUS ocorre pela Constituição Federal de 1988 art. 198, e, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) que é formada por duas leis: Lei nº. 8080/90 que trata das condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, normatiza a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, e Lei nº. 8142/90 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS normatiza as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

2.1.1 Sistema único de saúde

Com implantação do SUS, a conceituação de saúde transforma-se incorporando o conceito ampliado de saúde, ou seja, relaciona-se com a manifestação das condições de vida, reunindo fatores determinantes como:

- meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.);
- meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos etc.);
- garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção proteção e recuperação da saúde. (CUNHA e CUNHA, 2001, p.299)

Ao se analisar o termo Sistema Único de Saúde pode-se ressaltar dois conceitos importantes: o primeiro refere-se ao princípio de sistema e outro a unicidade. A concepção de sistema refere-se ao conjunto de instituições dos três níveis de governo, União, estados e municípios, que interagem para um fim comum de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incluem-se também os prestadores de serviços de saúde conveniados e contratados que são seguidores das mesmas normas do serviço público (CUNHA e CUNHA, 2001).

O conceito de unicidade traduz a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo território nacional. A unicidade preconizada na Constituição refere-se ao conjunto de elementos doutrinários (universalidade, equidade e integralidade), e os elementos da organização do sistema de saúde (descentralização, regionalização, hierarquização e controle social) (CUNHA e CUNHA, 2001).

A universalidade refere-se à garantia de acesso as ações e serviços de saúde, ou seja, todo o cidadão tem direito a saúde, o elemento doutrinário equidade preconiza a redução das desigualdades, atenção as reais necessidades da população, e finalmente a integralidade entendida como articulação das ações e

serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis do sistema (CUNHA e CUNHA, 2001).

A organização do sistema de saúde vincula-se às seguintes noções: descentralização significa repartir o poder e responsabilidade nos três níveis de governo, prestando serviço com qualidade e assegurando a inspeção pelo cidadão. Regionalização e hierarquização denotam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade e relacionados a determinado espaço geográfico, e o controle social que corresponde à sociedade exercendo influência no cumprimento da política de saúde por meio dos conselhos e conferências de saúde (CUNHA e CUNHA, 2001).

Com aprovação do SUS, o sistema de saúde brasileiro deixa a propensão “estadualista”, empregada anteriormente, e avança para a municipalização como orientação a descentralização do sistema de saúde. Deste modo, os municípios adquirem função estratégica no SUS (UGÁ *et al.*, 2003), a gerência local expressa probabilidades favoráveis relacionadas à inovação e adaptação às condições locais, transparência, qualidade, aproximação do cidadão das decisões e responsabilidade do município pela saúde dos cidadãos (MENDES, 2001b, CUNHA e CUNHA, 2001).

2.1.2 Descentralização dos serviços de saúde

Ao longo dos últimos vinte anos, as políticas de descentralização na saúde estão sendo executadas em ampla proporção no mundo em desenvolvimento, provenientes do desenvolvimento econômico, técnico e reforma política, bem como por meio da democratização e modernização do Estado. Assim, a descentralização na saúde abrange diversos processos de funcionamento de transferência (fiscal, administrativa, gerencial) do ministério da saúde para as organizações de saúde, a fim de favorecer a atuação deste setor (WHO, 2002).

Tendo em vista o arranjo federativo brasileiro estruturado em três níveis político-administrativos: União, estados e municípios, e a heterogeneidade econômica, social, cultural, sanitária e demográfica destes entes federados que

compõem o território do Brasil e para se viabilizar as políticas públicas recorre-se ao processo de descentralização.

Com o advento da política de descentralização na saúde, e para corroborar com a legislação em vigor (Lei nº. 8080/90 e Lei nº. 8142/90) outros dispositivos legais são formulados e implementados, os quais são denominados de Norma Operacional Básica (NOB) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

Para Viana; Lima e Oliveira (2002), a NOB representa arena de pactuação em prol dos interesses no campo da saúde que possibilitam novas disposições para reorientação do SUS. Assim, surgiram consecutivamente a NOB 01/91, a NOB-SUS/93 e NOB-SUS/96.

De acordo com Mendes (2001b, p.27) a NOB/91 “criou a unidade de cobertura ambulatorial, os critérios para transferências de recursos federais para os estados e municípios [...]. Esta norma instituiu o pagamento por produção de serviços, transformando os prestadores públicos em vendedores de serviços”. Para Ugá *et al.* (2003) essa NOB 01/91 significou a recentralização do sistema de saúde e desvirtuou um dos princípios do SUS ao: a) não realizar automaticamente as transferências globais para estados e municípios, mas consolidar o financiamento da atenção médica por pagamento direto ao prestador do serviço de saúde; b) minimizar atenção a saúde a ações médico assistências, relegando a relevância das ações de alcance coletivo, e c) abordar as esferas de governo como prestadores de serviço médico-hospitalares e ambulatoriais e não em conformidade com descentralização.

A NOB-SUS /93 impeliu a recuperação do processo de descentralização, ou seja, municipalização, com o estabelecimento de três níveis de gestão: incipiente, parcial e semi-plena (MENDES, 2001b; UGÁ *et al.*,2003) e, também formalizou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)² e Comissão Intergestores Bipartite (CIB)³,

² Composta por gestores do SUS das três esferas de governo, por meio de composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

³ Constituída paritariamente por representantes do governo estadual, indicado pelo Secretario de Estado de Saúde, e indicados pelo órgão de representação dos secretários municipais de saúde, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

formando um espaço de pactuação constante entre as esferas de governo (MENDES, 2001b).

Por meio da NOB-SUS/96 as modalidades de gestão foram alteradas para gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal, na esfera municipal, e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema para estado.

Segundo Ugá *et al.* ,

a gestão plena do sistema, para além de possibilitar a estados e municípios a governança sobre a prestação de serviços médicos-assistenciais, conferiu-lhes autonomia para gerir o sistema de saúde como um todo, na sua esfera de governo, isto é, todas as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde. (UGÁ *et al.* ,2003, p.420)

No ano de 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 2.023, de 22 de setembro de 2004, o modelo de gestão sofre outra alteração, ocorrendo à revogação do processo de habilitação dos municípios conforme estabelecia a NOB SUS 01/96 e NOAS SUS/2002 e definindo que os municípios sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica⁴.

No esforço de desenvolver mecanismos que conduzam à otimização dos serviços de saúde e superar a fragmentação das políticas e programas de saúde é implantado o Pacto pela Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Segundo Fadel *et al.*,

o pacto pela saúde (PS) surge no cenário brasileiro em um momento histórico da saúde pública no país. Após as inúmeras tentativas de transposição dos entraves regionais e operacionais no setor saúde, por meio da luta pela descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços, o Brasil aponta hoje como palco do apogeu desse processo em busca da equidade social na saúde. Como uma oportunidade, aos gestores federados no âmbito do SUS, de avanço estratégico nessa área, o PS visa à qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde do Brasil à luz da evolução e aprimoramento do processo de pactuação intergestores. (FADEL *et al.*, 2009,p. 449)

O pacto pela saúde apresenta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, que será anualmente revisado, e sua

⁴ É considerado o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado por todos os municípios, com qualidade e suficiência para sua população, considera-se a porta de entrada ao sistema de saúde.

implementação ocorrerá por meio da adesão dos entes federados ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), fixando metas e compromissos assumidos pelo município (BRASIL, 2006).

O pacto pela vida é composto por um grupo de compromissos sanitários, que indicam objetivos de processos e resultados e decorrentes da análise da situação de saúde do País e das prioridades estabelecidas nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006). As prioridades pactuadas são divididas em seis eixos: 1) saúde do idoso; 2) controle do câncer do colo do útero e de mama; 3) redução da mortalidade infantil e materna; 4) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; 5) promoção da saúde; 6) fortalecimento da atenção básica.

Segundo Fadel *et al.*(2009,p. 452) o pacto em defesa do SUS “expressa o compromisso entre os gestores do SUS com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública.”

O pacto de gestão estabelece as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de: Descentralização; Regionalização; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regulação; Participação Social; Gestão do Trabalho; Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

Atualmente, o pacto pela saúde representa a mais recente estratégia para dinamizar as ações e serviços em saúde no País, tendo em vista, que orienta seus procedimentos sobre a equidade social (FADEL *et al.*, 2009)..

A questão do financiamento corresponde a um componente do processo de descentralização, anteriormente esse processo apresentava a característica de centralização na esfera do governo federal. Todavia, com o advento da descentralização/municipalização ocorre a expansão da participação tributária dos municípios na manutenção do SUS, bem como ampliações das transferências de tributos federais às esferas locais (UGÁ e SANTOS, 2006).

Conforme o que preconiza o pacto de saúde, o aspecto financiamento conserva a co-responsabilidade das três esferas de governo e o repasse “fundo a

fundo”⁵ que integra o financiamento de custeio com recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1) atenção básica; 2) atenção de média e alta complexidade; 3) Vigilância em Saúde; 4) Assistência Farmacêutica; 5) Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Com o progresso das ações de aprimoramento do SUS, que traz no seu bojo o princípio da descentralização, requerer também a descentralização da produção das informações em saúde, fato este, que favorecerá o maior uso da informação para determinação das prioridades locais (ALMEIDA, 1998).

2.1.3 Sistema de informação em saúde

As mudanças tecnológicas e de comunicação ocorridas na sociedade foram impelidas pela informação e sua propagação (TARGINO, 2009). Assim, a informação torna-se um recurso significativo para as organizações.

No que diz respeito à informação em saúde,

é essencial perceber a saúde como recurso básico de qualquer sociedade e, por conseguinte, a informação em saúde é fundamental ao processo de tomada de decisões no âmbito das políticas públicas, objetivando elevar a qualidade de vida dos povos. Informações sobre perfil da morbidade e mortalidade, fatores de risco mais frequentes e os seus determinantes, características demográficas e serviços de assistência médico-sanitária são imprescindíveis ao planejamento, à implantação, à implementação e à avaliação de ações e serviços de saúde, independente das especificidades das coletividades. (TARGINO, 2009, p.54)

Para Targino (2009) o maior papel da informação em saúde é revelar agravos individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, apresentar noções que auxiliem o diagnóstico deste panorama, para enfim, proporcionar opções que reduzam a condição encontrada. Assim, envolve tanto informações referentes ao binômio saúde-doença, bem como as de natureza administrativa.

Para OMS⁶ (WHO, 2008) o objetivo de um sistema de informação da saúde (SIS), frequentemente está associado com a produção de dados de qualidade.

⁵ Repasse do recurso diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde ou Municipal de Saúde

⁶ Traduzido livremente pela autora. Do original: The goal of a health information system is often narrowly defined as the production of good-quality data. However, the ultimate goal is more than this – it is to produce relevant information that health system stakeholders can use for making transparent and evidence-based decisions for health system interventions.

Entretanto, o objetivo fundamental consiste em produzir a informação relevante para que os interessados/envolvidos no sistema de saúde possam ao intervir, neste sistema usar o processo de decisão baseada em evidência⁷.

Nos anos 70 os indicadores de saúde, baseavam-se em métodos indiretos alcançados por meio de estimativas fundamentadas em dados censitários e pesquisas amostrais, provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (ALMEIDA e ALENCAR, 2000; TARGINO, 2009). Já os sistemas de informação em saúde instituídos nos anos 70 e 80 traduzem a ação centralizadora, haja vista a necessidade de computadores de grande porte, assim o gerenciamento dos sistemas situavam-se no nível federal (ALMEIDA e ALENCAR, 2000; TARGINO, 2009).

O sistema de informação pioneiro instituído pelo Ministério da Saúde em 1975 foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (ALMEIDA, 1998). Entretanto, observa-se presentemente uma difusão de sistemas de informação em saúde, sendo que,

essa proliferação de sistemas de informação em saúde, no País, resulta, sobretudo, de esforços empreendidos por profissionais envolvidos com saúde pública e epidemiologia, cuja função precípua em estudar as interrelações dos vários determinantes da freqüência e distribuição de doenças num conjunto populacional, demanda fluxo informacional contínuo e confiável. É a epidemiologia que favorece o reconhecimento dos problemas de saúde de cada região, provendo subsídios para a sua solução. Os dados que caracterizam o quadro epidemiológico correspondem a coeficientes e índices. São eles que conduzem ao diagnóstico de saúde, instrumento essencial para definir as ações mais adequadas para prevenir, minimizar ou solucionar os problemas detectados. (MASCARENHAS, 2004 *apud* TARGINO, 2009, p.60)

O fortalecimento da descentralização das informações em saúde ocorre quando entra em vigor a NOB-SUS/96, mencionada anteriormente, que institui a gestão plena dos serviços de saúde pelos municípios, onde o repasse financeiro do nível federal para município envolve a competência de operar os sistemas de informações básicos (ALMEIDA, 1998).

⁷ Compreende o uso consciente da melhor evidência na tomada de decisão sobre o cuidado de pacientes ou prestação de serviços de saúde. Um dos pioneiros do movimento medicina baseada em evidência foi Archie Cochrane pesquisador britânico autor do livro *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* (1972).

Ainda, em 1996 o Ministério da Saúde estabelece um acordo de cooperação com Organização Pan-Americana de Saúde formalizando a Rede Interagencial da Informação para Saúde (RIPSA) que tem como finalidade impulsionar a disponibilidade apropriada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde, a fim de aprimorar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas públicas direcionadas à qualidade de vida e saúde da população (BRASIL, 2010).

Atualmente, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é o órgão responsável pelos sistemas informações do Ministério da Saúde, que por meio do seu portal fornece diversos indicadores de saúde das três esferas de governo e também informações financeiras (LIMA, 2004). As informações estão disseminadas em sete grupos, e suas subdivisões: (1) indicadores de saúde; (2) assistência à saúde; (3) rede assistencial; (4) morbidade e informações hospitalares; (5) estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos; (6) recursos financeiros; (7) informações demográficas e socioeconômicas (TARGINO, 2009).

Em relação ao DATASUS, para Targino,

as suas representações estaduais constituem a linha de frente no suporte técnico às secretarias estaduais e municipais de saúde, sempre com o intuito de garantir a missão do Datasus, no sentido de prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática imprescindíveis ao planejamento, à execução e ao controle do SUS, graças à manutenção de bases de dados nacionais, devidamente integradas. (TARGINO, 2009, p.59)

Os municípios são à base de produção da maioria da informação utilizada por todos os níveis de gestão do SUS. E, os níveis federais e estaduais exercem uma função, mais dirigida ao controle da qualidade dos sistemas e também subsidiam o suporte técnico ao município (ALMEIDA, 1998).

Os responsáveis pela coleta de dados, que geralmente ocorre manualmente, são os profissionais de saúde, essa atividade absorve uma quantia significativa de tempo e profissionais, bem como alimentam os sistemas de informação em saúde (SIS). Assim, se os mesmos forem mal coletados, isso corresponde a um desperdício de tempo aliado com a perda de recursos financeiros para o município, haja vista, a vinculação dos sistemas de informações com a transferência de recursos (LIMA, 2004).

Moraes e Santos (2001) evidenciam que independente do enfoque financeiro os dados produzidos devem evidenciar o atributo da qualidade, sendo que a qualidade da informação decorre da qualidade com que se efetuam as etapas, desde a coleta até a disponibilização dos dados produzidos pelos sistemas de informação.

Oliveira (2000, p.65) destaca que os “serviços de saúde do país registram uma grande quantidade de dados por meio de vários sistemas de informação que apresentam objetivos, usos e lógicas diversos”. E, a OMS (WHO, 2008) evidencia que uma ampla quantidade de dados pode ser coletada, mas simplesmente uma proporção pequena é sintetizada, analisada e usada.

No que se refere ao processo decisório, Lima apresenta que,

na tomada de decisões, é essencial conhecer a origem das informações para garantir sua fidedignidade, bem como sua relevância. Sobretudo, estas devem estar oportunamente disponíveis, facilmente acessíveis ou recuperáveis, para possibilitar às equipes respostas adequadas aos desafios impostos pela saúde comunitária. Deve-se, ainda ter cuidado no sigilo dessas informações em função de questões éticas envolvidas na manipulação de dados médicos. (LIMA, 2004, 110).

Para a OMS⁸ (WHO, 2008) os tomadores de decisões em todos os níveis do sistema da saúde precisam de informação relevante, de confiança e oportuna, mas evidencia que mesmo quando a informação de alta qualidade está disponível isto não garante o uso apropriado no processo de tomada de decisão.

Considera-se a informação primordial para processo de democratização e aperfeiçoamento da gestão de saúde, mas nota-se a insuficiência de relação entre os diversos sistemas existentes. Contudo, é essencial o uso dos sistemas como tática para: a) encorajar o processo decisório nos níveis do SUS guiado pelo uso de informações; b) aprimorar estes sistemas seguidamente, por meio de extensa utilização, visto que poderão ser criticados e/ou corrigidos (BRANCO, 2001).

⁸ Traduzido livremente pela autora. Do original: Decision-makers at all levels of the health system need information that is relevant, reliable and timely. Unfortunately, even when high-quality information is available this does not guarantee its appropriate use in the decision making process.[...] The perceptions and attitudes of senior management towards health information system design and implementation will have a determining influence on system performance.

2.2 DADO, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO

Para uma melhor concepção de informação, se faz necessário compreender os termos: dado, informação e conhecimento. Segundo Beal (2008, p. 11) nota-se “entre esses termos, uma variação com relação ao grau de complexidade e relevância de cada um: transformam-se dados em informação agregando-se valor a eles; e informação em conhecimento acrescentando-se a ela vários outros elementos.” Esta autora concebe este trinômio por meio de níveis hierárquicos da informação, sendo que na base encontram-se os dados, e no ápice está o conhecimento.

Dados podem ser compreendidos como um encadeamento de símbolos quantificados ou quantificáveis, que podem ser armazenados num computador e processados por ele (SETZER, 1999). Para Davenport e Prusak (1998a, p. 19) dados são como “observações sobre o estado do mundo”, esse estado de observação representa entidade quantificável, sendo possível de ser realizada por um indivíduo ou tecnologia adequada, que sob o ponto de vista da gestão da informação são simples de capturar, comunicar e armazenar.

De acordo com Davenport e Prusak (1998b) no âmbito organizacional dados são aplicados como registros estruturados de transações, sendo que gerir esses dados é importante para o êxito da organização. Esses autores, afirmam que os dados expõem aquilo que se realizou, não proporcionam julgamento e interpretação, entretanto são relevantes por ser matéria-prima para a criação da informação.

Para LeCoadic,

a informação é um conhecimento inscrito (gravado) sob a forma escrita (impressa ou numérica), oral ou audiovisual.

A informação comporta um elemento de sentido. É um significado transmitido a um ser consciente por meio de uma mensagem inscrita em um suporte espacial-temporal: impresso, sinal elétrico, onda sonora, etc. essa inscrição é feita graças a um sistema de signos (a linguagem), signo este que é um elemento da linguagem que associa um significante há um significado: signo alfabético, palavra, sinal de pontuação. (LeCoadic, 1996, p.5)

Setzer (1999) caracteriza informação como uma abstração informal, que denota algo significativo para o indivíduo por meio de textos, imagens, sons ou animação. Todavia, para Davenport e Prusak (1998a), informação ordena análise,

sendo mais complicado transferir com total fidelidade, e se faz necessária a mediação humana.

Informação apresenta conotação de mensagem, em forma de documento ou comunicação, por meio de áudio ou visual, envolvendo um emissor e um receptor. Assim, a informação tem como escopo alterar a forma como o receptor percebe algo, influenciando o seu julgamento e comportamento, sendo que é o receptor que determina se a mensagem realmente forma a essência da informação (DAVENPORT e PRUSAK, 1998b)

Para Davenport e Prusak (1998b, p.5) “dados tornam-se informação quando o seu criador lhes acrescenta significado”. Tal fato ocorre, por meio de um ou vários dos cinco critérios, os dados são: 1) contextualizados, ou seja, conhecemos para que fim os dados foram coletados, 2) categorizados, nós sabemos as unidades de análise ou dos componentes chaves dos dados, 3) calculados, podem ser analisados matematicamente ou estatisticamente, 4) corrigidos, erros foram removidos dos dados, 5) podem ter sido sumariados em um formulário mais conciso. (DAVENPORT e PRUSAK, 1998b; OPPENHEIM *et al.*, 2003)

Setzer (1999) reportar-se ao conhecimento como uma abstração, pessoal, de alguma coisa que foi experimentada por alguém. Para Davenport e Prusak (1998a, p. 19) “conhecimento é a informação mais valiosa e, conseqüentemente, mais difícil de gerenciar. É valiosa precisamente porque alguém deu à informação um contexto, um significado, uma interpretação; alguém refletiu sobre o conhecimento, acrescentou a ele sua própria sabedoria, considerou suas implicações mais amplas.”

Os autores Davenport e Prusak (1998b) apresentam a definição funcional de conhecimento, ou seja, que conhecimento é um mix de elementos, sendo fluído como também formalmente estruturado, tem aspecto intuitivo que torna a explicação em palavras e entendimento lógico complicado, que ocorre dentro dos indivíduos abrangendo a complexidade e imprevisibilidade do ser humano.

A informação se transforma em conhecimento por meio dos indivíduos e se realiza por meio de: 1) comparação, como a informação sobre referida situação é comparada com outras já conhecidas, 2) conseqüências, que implicações a informação tem para decisão e ação, 3) conexão, como este conhecimento se

relaciona com outros conhecimentos, 4) conversação, o que outras pessoas pensam sobre esta informação (DAVENPORT E PRUSAK, 1998b; OPPENHEIM *et al.*, 2003).

2.2.1 Sistemas de informação

Sistema pode ser interpretado como um agregado de elementos inter-relacionados ou em intercâmbio que compõem um todo unificado que funcionam juntos direcionados a uma meta comum fornecendo resultados em um processo organizado de transformação (O'BRIEN, 2003).

Um sistema de informação (SI) para Turban; Wetherbe e McLean, (2004,p.39-40) “coleta, processa,armazena, analisa e dissemina informações com um determinado objetivo.” Insere-se no sistema de informação o contexto social e objetivo. Assim, o objetivo refere-se à solução de um problema e o contexto social denota a cultura, ou seja, valores e crenças, igualmente, incluem-se os indivíduos.

Um sistema de informação abrange e processa os *inputs* e *outputs*, pode ter capacidade para efetuar o *feedback*, atuando dentro de um ambiente (TURBAN; WETHERBE e MCLEAN, 2004).

Na figura 1 pode-se ter uma percepção de um sistema de informação.

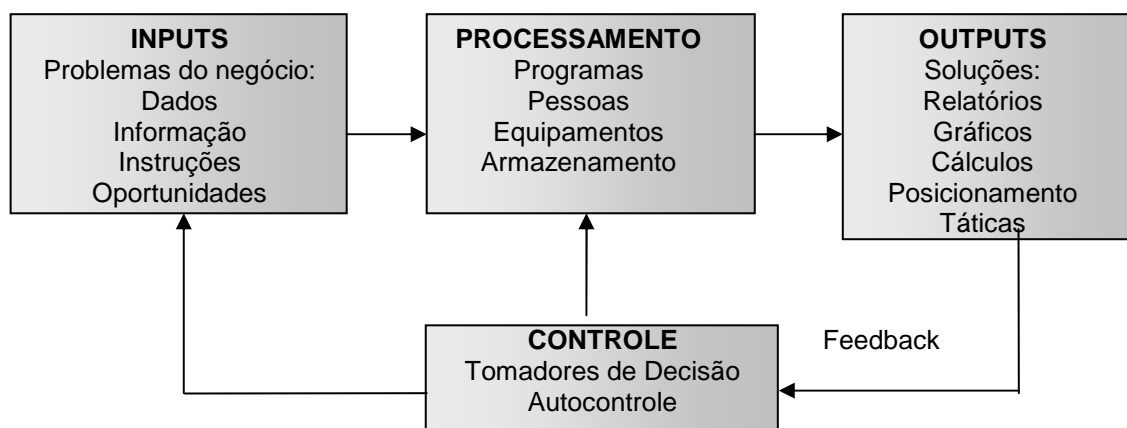


Figura 1 Visão esquemática de um sistema de informação

Fonte: Turban; Wetherbe e McLean, (2004, p.39)

Turban; Wetherbe e McLean (2004) classificam os SI em: formal e informal. No sistema de informação formal, faz parte procedimentos pré-definidos, *inputs* e *outputs* com critérios preestabelecidos. Todavia, o sistema de informação informal compreende distintas configurações, por exemplo, conversa informal, conversa

informal e distorcida que usualmente chama-se de boato ou rumores, troca de correspondência por meio eletrônico. Desta forma, um sistema de informação pode se concretizar por meio de computadores ou não.

Rezende (1999) *apud* Rezende e Abreu (2001, p.60) considera que “todo sistema, usando ou não recursos de Tecnologia da Informação⁹, que manipula e gera informação pode ser genericamente considerado um Sistema de Informação”. E, acrescentam que os SI apresentam como finalidade maior apoiar o processo de tomada decisão na organização, entretanto se esta intenção não for concretizada evidenciam que os sistemas de informação não serão significativos para a organização (REZENDE e ABREU, 2001).

Comumente usa-se a expressão, sistema de informação baseado em computadores (CBIS) para se referir ao sistema que emprega tecnologias de computação para efetuar parte ou a totalidade dos serviços almejados. No entanto, os sistemas de informações vão além dos computadores, pois o resultado eficaz na utilização de um sistema de informação demanda a apreensão do negócio e do ambiente apoiado pelo sistema de informação, sendo assim os computadores constituem um componente do sistema de informação (TURBAN; WETHERBE e MCLEAN, 2004).

Turban; Wetherbe e McLean (2004) apresentam os componentes essenciais do sistema de informação: *hardware* (conjunto de equipamentos), *software* (conjunto de programas), banco de dados (coleção de arquivos inter-relacionados que armazenam dados e suas respectivas associações), rede (ligação que permite o compartilhamento de recursos), procedimentos (um conjunto de instruções sobre como combinar os elementos já mencionados de forma a processar a informação e gerar o *output* desejado), pessoas (aqueles que trabalham com o sistema ou utilizam seu *output*).

Para O'Brien (2003) um sistema de informação apresenta 5 componentes: recursos humanos (usuários finais e especialistas em SI), hardware, software, dados e redes, para efetuar atividades de entrada, processamento, armazenamento e controle que transformam recursos de dados em produtos de informação. O fim a

⁹ Por tecnologia da informação (TI) compreendem-se os recursos tecnológicos e computacionais para geração e uso da informação (REZENDE; ABREU, 2001, p.76)

que se dirigem os sistemas de informação é a geração de produtos de informação adequados aos usuários finais, sendo que os predicados referentes à qualidade da informação tornam valiosos e úteis os produtos da informação (O'BRIEN,2003).

Por usuário final compreende-se o indivíduo que se serve de um sistema de informação ou a informação que ele produz, assim abrange a maior parte dos indivíduos de uma organização, considerados trabalhadores do conhecimento, pois ocupam grande parte do seu tempo comunicando e cooperando em equipes de trabalho, criando , usando e disseminando informação (O'BRIEN, 2003).

Segundo Côrtes (2008, p.28) é relevante considerar que “diferentes sistemas de informação podem fornecer informações qualitativamente diferentes, mesmo quando processando um mesmo conjunto de dados”. Sendo necessário delimitar alguns critérios que permitam analisar as informações, não apenas examinando sua capacidade de utilização em certas circunstâncias, mas igualmente realizando comparações que auxiliarão na análise da pertinência dos dados originais quanto o sistema de informação que os processou, bem como o resultado obtido – informação (CÔRTEZ, 2008).

O quadro 1 apresenta alguns atributos que podem ser levados em consideração ao qualificar um SI e/ou informação.

Atributo	Caracterização
Nível de utilização	Atributo que indica a quantidade de vezes que uma informação é utilizada
Facilidade de acesso	Qual a facilidade de encontrar uma determinada informação
Velocidade	A informação deverá ser fornecida na velocidade necessária à resolução de um problema ou tomada de decisão. Este atributo está relacionado com a facilidade de acesso
Atualidade	A informação apresentada é atual ou condizente com o momento presente. Fornece subsídios ao entendimento de certos contextos ou situações apesar de ser uma informação gerada há algum tempo
Fidedignidade	As informações apresentadas são merecedoras de crédito, de confiança, de fé, em geral refere-se a aspecto qualitativo do que quantitativo
Veracidade	Relaciona-se com a origem dos dados e o seu processamento se apresenta capacidade de ser verdadeira ou representar a verdade
Exatidão	Não contém erro, transmitindo fatos com rigor
Precisão	Capacidade de lidar com valores numéricos tais como eles se apresentam originalmente
Reprodutibilidade	Sob as mesmas circunstâncias de processamento e com o mesmo conjunto original de dados, a informação gerada deverá ser sempre a mesma.
Economia	A informação deverá conter apenas o que é importante, suprimindo o que for desnecessário
Integralidade	A informação deverá conter tudo que for necessário à tomada decisão
Inteligibilidade	Uma informação deverá ser compreensível ao usuário
Orientação	Informar ao usuário a que se destina a informação apresentada, facilitando a sua compreensão e uso

Quadro 1 Atributos que podem ser utilizados para qualificar um SI

Fonte: adaptado Côrtes (2008, p. 28-30)

Esses parâmetros que qualificam a informação são essenciais, porque atualmente com o crescimento da quantidade de informação disponível e a facilidade de acesso proporcionada pela tecnologia, torna-se fundamental selecionar no imenso estoque de informação aquelas que têm qualidade (OLETO, 2006).

2.2.2 Gestão da Informação

A literatura apresenta distintos aspectos para gestão da informação. Um dos enfoques, em geral praticado nos cursos de administração, refere-se à gestão da informação com intuito de aumentar a competitividade empresarial e os processos de modernização organizacional, aspecto que oferece como prerrogativa a administração da tecnologia da informação harmonizada com os objetivos empresariais (LIMA 2005).

Sob o enfoque da tecnologia, a gestão da informação, “é vista como um recurso a ser otimizado via diferentes arquiteturas de *hardware*, *software* e de redes de telecomunicações adequadas aos diferentes sistemas de informação [...]” (MARCHIORI, 2002, p.74).

O outro enfoque relaciona-se com a área da ciência da informação, que segundo Marchiori, (2002, p.75) “se ocupa do estudo da informação em si, isto é, a teoria e a prática que envolve sua criação, identificação, coleta, validação, representação, recuperação e uso, tendo como princípio o fato de que existe um produtor/consumidor de informação que busca nesta um “sentido” e uma “finalidade””.

Esse último enfoque pode ser o mais completo e abrangente, pois se dirige para demanda e fornecimento de informações, bem como requer o gerenciamento dos recursos de informação, o monitoramento, a localização, a avaliação, a compilação e a disponibilidade de fontes de informação que podem prover a solicitação ou atender a demanda (LIMA, 2005).

Segundo Marchiori (2002) a gestão da informação apresenta por acepção fundamental, focalizar o indivíduo (grupos ou organização) e suas “situações-problemas” na esfera de diversos fluxos de informação, que carecem de resolução criativa e efetiva em termos da relação custo X benefício. Assim, a partir da determinação da demanda e suas possibilidades, fixa-se a metodologia (estratégia) para resolução, podendo envolver o reconhecimento e mensuração de fontes de informação, uso de tecnologias apropriadas, profissionais e fornecedores convenientemente associados em parceria, bem como ferramenta de mensuração do desenvolvimento das ações e seus resultados.

Para Lima (2005, p. 340) a gestão da informação pode ser definida “como todas as ações relacionadas à obtenção da informação adequada, na forma correta, para a pessoa indicada, a um custo adequado, no tempo oportuno, em lugar apropriado, para tomar a decisão correta”.

Davenport e Prusak (1998a) ao abordar o gerenciamento de informação, não o fizeram somente por meio do investimento em tecnologia, mas sim numa perspectiva holística, e cunharam uma nova abordagem que denominaram de

“ecologia da informação”. Essa abordagem ressalta a informação na sua totalidade, cultura (valores e crenças), comportamento, políticas e sistemas de informação.

O escopo fundamental da gestão da informação, segundo Tarapanoff (2001) é determinar e incrementar os recursos informacionais de uma organização, conduzindo-a para aprendizagem e adequando-a às transformações ambientais.

As organizações baseadas em informação passam a existir quando ocorre a gerência da informação, e para que alcancem êxito na tarefa de gerenciar a informação, se faz necessário: delimitar consensualmente o que é informação no interior da organização, o indivíduo que a possui, sob qual formato é arquivada, quem se ocupa da tarefa de gerenciamento, e o controle e uso da informação existente em todas as empresas (McGEE e PRUSAK, 1994).

Em síntese, o gerenciamento da informação relaciona-se com ações e/ou etapas estruturadas que representam o fluxo informacional da organização.

2.2.3 Fluxo da informação

Segundo Beal (2008) a informação circula por meio de um fluxo nas organizações em que a identificação de necessidades e requisitos de informação é elemento fundamental que dispara o processo. A figura 2 apresenta o modelo proposto pela autora.

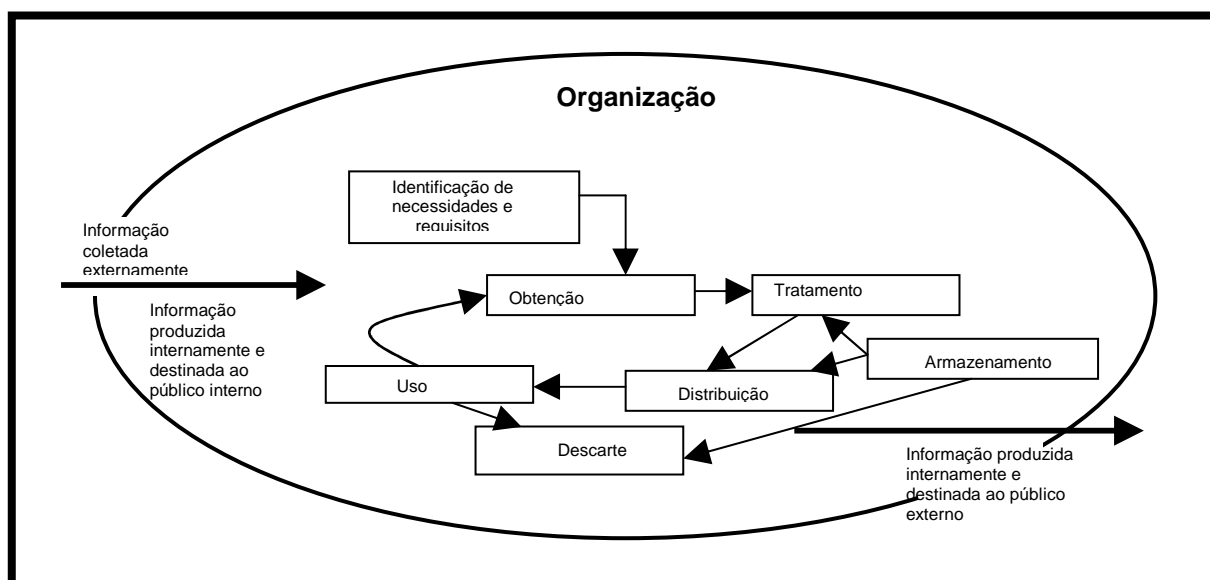


Figura 2 Modelo proposto para representar o fluxo da informação nas organizações
Fonte: Beal (2008, p.29)

Segundo Beal (2008, p. 37) na etapa de obtenção as atividades se referem “a criação, recepção ou captura de dados e informações e começam com a identificação dos canais fornecedores e dos sistemas de coleta mais adequados”

A etapa seguinte é denominada de tratamento onde a informação é apropriada e preparada para disseminação e uso, nesta etapa se destaca o ajustamento da informação aos requisitos do usuário e sua classificação a fim de promover a gestão e o acesso aos recursos informacionais (BEAL, 2008).

A etapa distribuição permite levar a informação ao usuário. A organização pode escolher pela metodologia de distribuição ou de busca do usuário, Nessa última a informação fica disponível para consulta para quem precisa. Na distribuição a organização precisa contemplar a distribuição interna (usuários da organização) e externa (fornecedores, clientes, parceiros, etc), e necessita ter uma rede de comunicação e intercambio eficiente (BEAL, 2008)

Para Beal (2008, p. 45) o uso da informação “representa a etapa mais importante de todo o processo de gestão da informação, permitindo às pessoas interagir melhor com o ambiente que as cerca com base na informação adquirida.”

O armazenamento compreende a conservação dos dados e informação, permitindo seu uso e reuso pela organização. No que tange ao descarte constitui a exclusão dos dados ou informações não necessárias para a organização, quando a informação se torna obsoleta ou inútil (BEAL, 2008).

Para Davenport e Prusak (1998a) existem quatro etapas no processo de gerenciamento da informação, conforme a figura 3.

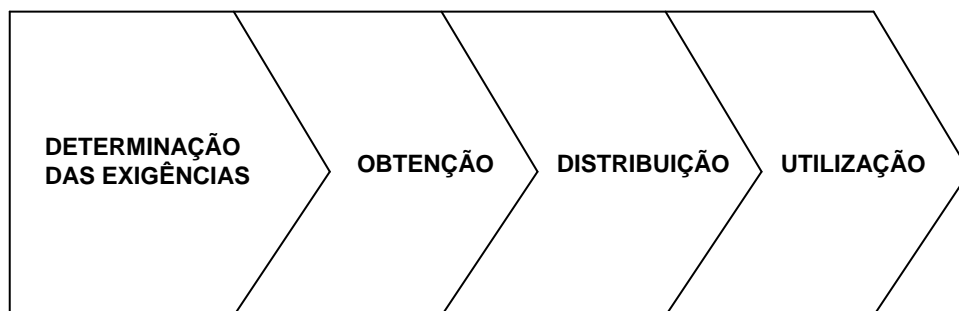


Figura 3 O processo de gerenciamento da informação
Fonte Davenport e Prusak (1998a, p.175)

Por meio dessa visualização Davenport e Prusak (1998a) apresentam em certa ordem um grupo de ação que engloba a maneira de obter, distribuir e usar a informação.

O primeiro passo, determinar as exigências da informação, Davenport e Prusak, (1998a) consideram um problema difícil, porque engloba identificar como os profissionais percebem seus ambientes informacionais, e demanda diversas perspectivas: política, psicológica, cultural, estratégica.

O segundo passo, obtenção de informação é considerada uma atividade constante, sendo eficaz o processo que engloba um sistema de aquisição contínua, e consiste nas atividades de exploração do ambiente informacional; classificação da informação; formatação e estruturação das informações (DAVENPORT e PRUSAK, 1998a).

A distribuição é o terceiro passo, e está vinculada a forma como a informação é formatada (DAVENPORT e PRUSAK, 1998a). Segundo estes mesmo autores, “a distribuição envolve a ligação de gerentes e funcionários com as informações de que necessitam” (DAVENPORT e PRUSAK, 1998a, p.189).

O último passo refere-se ao uso da informação e para Davenport e Prusak (1998a, p. 194) “o uso da informação é algo bastante pessoal. A maneira como um funcionário procura, absorve e digere a informação antes de tomar uma decisão – ou se ele faz isso – depende pura e simplesmente dos meandros da mente humana.”

Lesca e Almeida (1994) argumentam no que se refere aos fluxos de informações, que se podem distinguir dois elementos interdependentes e imprescindíveis, sendo eles: informação de convívio e informação de atividade.

Informação de atividade possibilita à organização garantir o seu funcionamento, por exemplo, informações contábeis, situação de estoque, procedimentos de gestão, leis e regulamentações etc., que são um tipo de informação muito estruturada, como todas as informações que integram o nível operacional das organizações (LESCA e ALMEIDA, 1994; BEAL, 2008). Já a informação de convívio torna possível o relacionamento dos indivíduos e pode influenciar o seu comportamento, por exemplo, jornal interno, reunião de serviço,

publicidade, artigos na mídia entre outras, neste caso o volume de informação informal é maior (LESCA E ALMEIDA, 1994).

As informações derivam de diversas fontes e podem ser estruturadas e não-estruturadas (BEAL, 2008). Em adição, Beal (2008) classifica as fontes de informação em: 1) fonte formal - imprensa, bases de dados, informações científicas (artigos científicos), informações técnicas (patentes), documentos da empresa; etc. e 2) fonte informal - seminários, congressos, visitas a clientes, exposições, agências de publicidade, informações ou até mesmo “boatos” sobre produtos, clientes, fornecedores etc.

A análise dos elementos que compõem o fluxo informacional, conforme as ponderações apresentadas pelos autores, permite inferir que há características similares entre os seus componentes e evidenciam que o gerenciamento da informação ocorre por meio de etapas organizadas e sistematizadas, sendo essas etapas imperativas para a valorização da informação (REZENDE e ABREU, 2001; MORESI, 2000).

2.2.4 Valor da informação

Atualmente a informação possui um valor relevante podendo significar poder ao indivíduo e/ou organização que a detém. Pois, informação tem importância por se fazer presente nas atividades que abrangem pessoas, processos, sistemas, recursos, tecnologias etc.(REZENDE e ABREU, 2001).

O valor da informação em relação aos demais recursos de uma organização é um tema controverso, devido às características do recurso informação, bem abstrato e intangível. E, as diferenças da informação em analogia com os demais recursos bloqueiam estipular parâmetros para quantificá-la em termos econômicos (MORESI, 2000).

Em seus estudos Moody e Walsh¹⁰ (1999) argumentam que a informação é um recurso valioso, mas desvalorizado, pois, embora tenha o reconhecimento como

¹⁰ Traduzido livremente pela autora. Do original: Despite gaining recognition as an asset in its own right, information has so far resisted quantitative measurement. While it consumes vast and ever increasing quantities of organisational resources in terms of data capture, storage, processing and maintenance, it typically receives no financial recognition on the balance sheet. While hardware and

um ativo, tem resistido à avaliação quantitativa. Sendo que a informação consome grande e crescente quantidade de recursos da organização em termos de coleta de dados, armazenamento, processamento e manutenção, a valorização da informação tem sido ignorada, enquanto *hardware* e *software* são capitalizados, mesmo sendo apenas mecanismos utilizados para criar e manter informações.

Para Choo (2006, p.70) “o valor da informação reside no relacionamento que o usuário constrói entre si mesmo e determinada informação”. Deste modo, a informação somente será útil quando o usuário estabelece-lhe significado, e uma única informação objetiva pode admitir múltiplos significados subjetivos de diferentes indivíduos (CHOO, 2006).

Davenport e Prusak (1998a) apresentam seis características que produzem valor para informação nas organizações: exatidão, oportunidade, acessibilidade, envolvimento, aplicabilidade e escassez. Também estes autores, ressaltam que revestir a informação de significado é o primeiro passo para agregação de valor.

Moresi (2001, p.110) apresenta a seguinte colocação ao fazer referência ao valor da informação: “A importância da informação para as organizações é universalmente aceita, constituindo-se não o mais importante, pelo menos um dos recursos cuja gestão e aproveitamento estão diretamente relacionados ao sucesso desejado”. Assim, ao se combinar a informação com a ação de tomar decisões, pode-se estabelecer a importância da informação para organização.

2.3 INTERFACE INFORMAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO

McGee e Prusak (1994, p.180) afirmam que “o papel dos executivos na organização é tomar decisões sobre as atividades diárias que levem ao sucesso num futuro incerto. Essa sempre foi uma tarefa intimamente ligada à informação.” A

(rarely) software assets are capitalised, the valuation of information has been largely ignored, even though this is a much more valuable asset from a business viewpoint. Hardware and software are merely mechanisms used to create and maintain information— information is the underlying business asset that is produced and maintained by this technology. Information provides the capability to deliver services, make better decisions, improve performance, achieve competitive advantage and can also be sold directly as a product in its own right.

partir dessa premissa é possível ressaltar a importância da informação para as decisões e, dessa maneira, gerir a informação torna-se fundamental na organização.

Por meio da pirâmide empresarial, composta pelos níveis estratégico, tático e operacional, pode-se demonstrar a conexão entre informação e decisão. Na figura 4 visualiza-se o diagrama triangular correspondente entre os níveis decisórios e os níveis de informação.

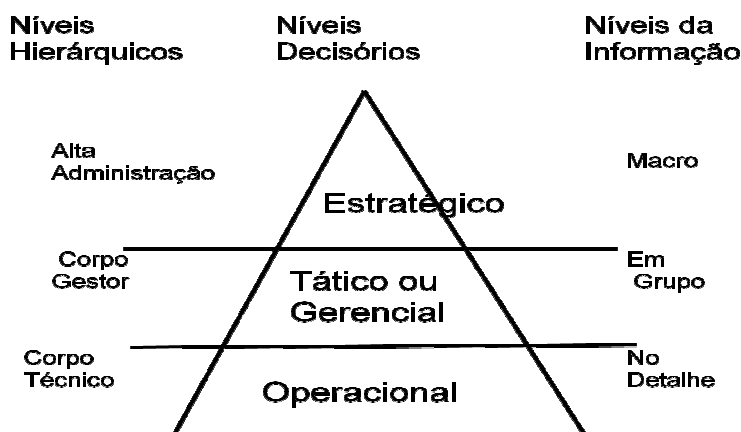


Figura 4 Níveis da informação e suas relações
Fonte: Rezende; Abreu (2001, p.132)

Cada nível decisório solicita diferente grau de agregação da informação. As decisões da alta administração decorrem do planejamento estratégico, ou seja, do processo de gestão que estabelece o rumo a ser seguido pela organização, e nesse caso o nível de informação é macro, contemplando a organização na sua totalidade, ambiente interno e ou externo (REZENDE e ABREU, 2001).

Drucker (2002) ao abordar o tópico decisões estratégicas evidencia que essas são importantes, fundamentais e especificamente administrativas, envolvendo a constatação ou mudança de uma situação, e vinculadas com os objetivos e aos meios de atingi-los, apresentando estreita relação com a produtividade.

As decisões táticas decorrem dos escalões intermediários, como gerências, chefias, coordenações, unidades departamentais e nesse caso, o nível de informação é em grupos (agrupada ou sintetizada) contemplando a conexão de determinadas informações de uma unidade departamental (REZENDE e ABREU, 2001).

Já as decisões operacionais estão ligadas ao controle e às atividades operacionais da organização, proporcionando as condições para adequada realização de trabalhos diários e nesse caso, o nível de informação é detalhado, contemplando pormenores específicos de um dado, de uma tarefa (REZENDE e ABREU, 2001).

A relação entre os diversos níveis hierárquicos e informação é de sinergia, haja vista que a informação está presente em toda organização e também leva em consideração o ambiente externo (REZENDE e ABREU, 2001).

Assim, o processo decisório na organização deve priorizar informações que amortizem a incerteza de três formas, pelo menos: a) informação fundamenta a situação de escolha, ou seja, a estruturação de um problema gera os conteúdos e espécie de informações imperativas para decisão; b) informação para estabelecer as preferências e escolher regras, pois, regras podem ser acionadas por meio da equiparação entre informações relacionadas com situações conhecidas e reações aprendidas; c) informações sobre alternativas realizáveis e suas prováveis consequências (CHOO, 2006).

Choo (2006) expõe que na atual visão de administração e teoria organizacional existem três arenas diferentes, onde a criação e o uso da informação exercem uma ação estratégica no desenvolvimento e na aptidão de adaptação da organização. As três arenas a qual faz alusão são: (1) a organização usa a informação para dar sentido às mudanças do ambiente externo; (2) a organização cria, organiza e processa a informação de modo a gerar novos conhecimentos por meio de aprendizado; (3) as organizações buscam e avaliam informações de modo a tomar decisões.

Rezende e Abreu (2001) afirmam que toda organização precisa de modelo decisório para que os seus gestores possam avaliar dados do meio interno e externo, e apresentam dois modelos decisórios: o modelo decisório convencional e modelo decisório dinâmico.

Segundo esses autores (2001, p.184) o modelo convencional “trata dados para serem transformados em informação” e as informações externadas permitem aos gestores tomar algumas decisões e, por conseguinte agir. Sendo que as ações

trabalhadas suscitam resultados positivos ou negativos, retroalimentando o ciclo decisório, e evidenciam que esse modelo decisório é mais indicado para decisões rotineiras. A figura 5 a seguir apresenta a visualização gráfica desse modelo.

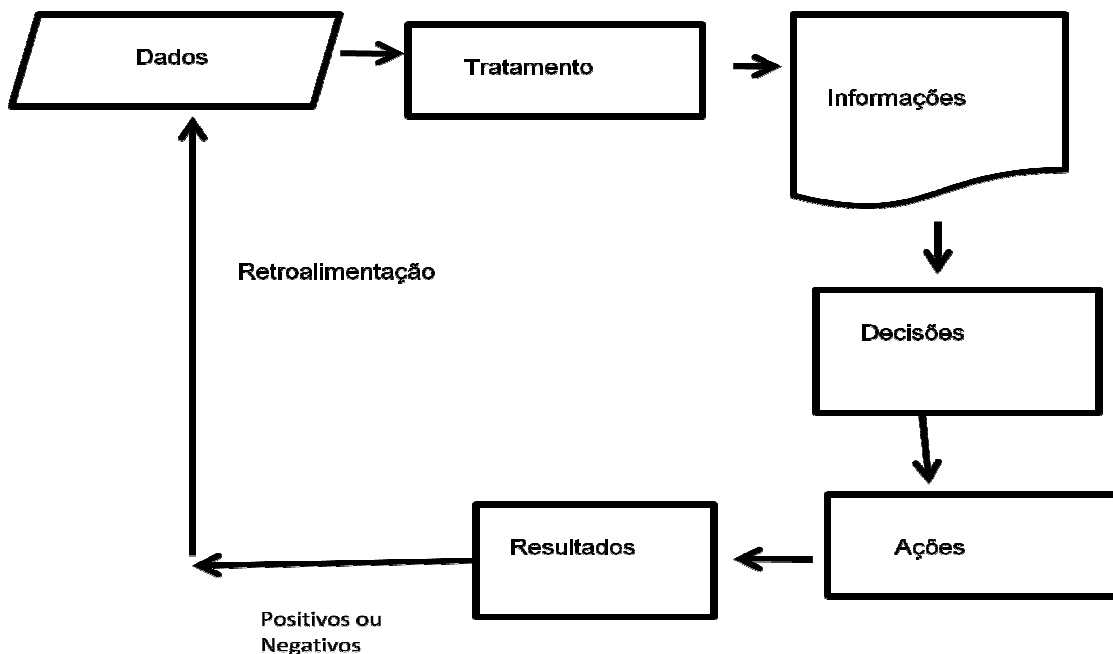


Figura 5 Modelo decisório convencional
Fonte: Rezende e Abreu (2001, p.184)

No outro modelo decisório, o dinâmico, o realce é a necessidade de informação e não o tratamento de dados. Rezende e Abreu (2001 p, 186) afirmam que “as necessidades de informação geram atividades que são transformadas em dados. Com base nos dados, as informações serão geradas retroalimentando ações, resultados e novas necessidades de informação”. Sendo que a atividade de transformar essas necessidades em dados é simplificada pelos recursos de TI. Esse modelo pode ser representado graficamente conforme a figura 6.

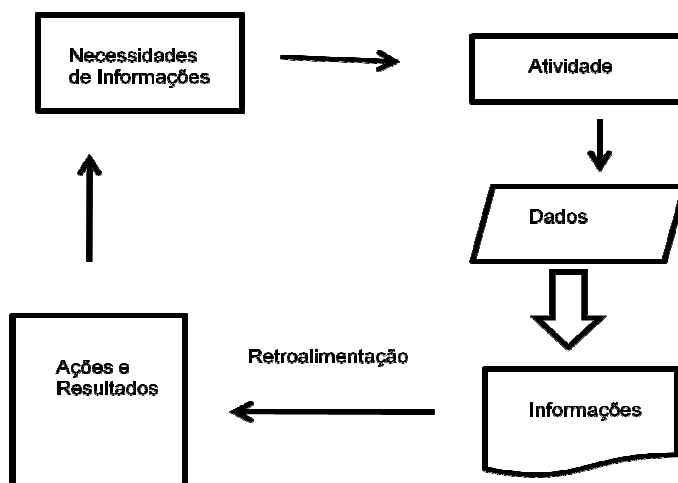


Figura 6 Modelo decisório dinâmico
 Fonte: Rezende e Abreu (2001, p.186)

Esses modelos geram vários benefícios para organização, no que se refere à possibilidade de tomada de decisão com qualidade, completa, útil e oportuna (REZENDE e ABREU).

2.3.1 Processo decisório

Na organização os executivos e/ou gestores percebem como ponto central de suas atividades de dirigentes, o processo de tomada de decisão (SCOSS, 1974).

Administrar é sinônimo de tomar decisões (SIMON, 1963; DRUCKER, 2002; CHOO, 2006), de modo que a melhor maneira de analisar o comportamento de uma organização é avaliar a estrutura dos processos decisórios. O comportamento decisório é incitado pela identificação de um problema. Os responsáveis pelas decisões procuram alternativas, avaliam os efeitos e escolhem os resultados oportunos, em conformidade com seus objetivos e preferências (CHOO, 2006).

Segundo Maximiano (2004) a totalidade dos processos de administração são processos decisórios. E, complementa que tomar decisões é a sucessão de etapas que inclui desde a identificação de uma situação problema ou oportunidade até a escolha e a implantação de uma ação ou solução.

Ainda que o processo decisório seja um processo complexo, não há dúvida que tomar decisão faz parte fundamental da organização, pois toda ação da

organização é ocasionada por uma decisão, e toda decisão é um compromisso para uma ação (CHOO, 2006).

Para Simon (1963) a decisão abrange três fases principais: descobrir as ocasiões em que deve ser tomada a decisão, identificar os possíveis cursos da ação e decidir entre um deles. Na primeira fase, identificar as situações que ordenam decisão, o autor denomina de coleta de informações. A segunda fase corresponde à estruturação que compreende criar, desenvolver e analisar possíveis cursos de ação, e a terceira designa como atividade de escolha, ou seja, escolher uma linha de ação entre as disponíveis.

Em síntese, os autores evidenciam que a tomada de decisão engloba a percepção de um problema, a concepção de alternativas e ação. No entanto, as decisões podem ser classificadas em duas categorias: programadas e não programadas.

As decisões programadas correspondem ao conjunto de soluções prontas da organização, ou seja, solucionam problemas já enfrentados anteriormente e se comportam sempre do mesmo modo. E, as decisões não programadas referem-se às novas situações que a organização enfrenta pela primeira vez, ou seja, não existem procedimentos que lidem com tais situações (MAXIMIANO, 2004).

Simon (1963) evidencia que tomar decisões programadas resulta de processos psicológicos, relativamente simples, que compreende hábito, memória e simples manipulações de símbolos, ou seja, um modelo matemático. E, acrescenta que o advento do computador trouxe uma elevada automação na rotina e na tomada de decisões programadas, assim sendo, expandiu a gama de decisões programáveis ao nível intermediário da administração e na área de produção (SIMON, 1963).

Em relação às decisões não-programadas, esse autor, apresenta que os executivos ao tomarem esse tipo de decisão fazem um julgamento, que depende de maneira indefinida, da experiência, percepção e intuição, ou seja, podendo ser vinculada ao que se denomina de espírito criador (SIMON, 1963).

2.3.2 A teoria da decisão e a racionalidade

A economia clássica apóia-se em uma concepção absoluta de racionalidade, na acepção de pressupor que o tomador de decisões apresenta um conhecimento absoluto de todas as opções disponíveis para ação (MOTTA e VASCONCELOS, 2006).

Segundo esses autores, tem-se como hipótese que o tomador de decisão terá acesso a todas as informações possíveis e após cuidadoso estudo escolherá a melhor alternativa possível e, de forma objetiva, ignorando a ambigüidade e a incerteza típica dos processos decisórios, e não levando em consideração fatores como a existência de conflitos e jogos de poder (MOTTA e VASCONCELOS, 2006).

Para opções totalmente racionais, o indivíduo incluiria o reconhecimento de todas alternativas de que dispõe, anteciparia as implicações de cada alternativa e avaliaria as implicações de cada alternativa com seus objetivos e preferências. Esse se torna um processo complexo, pois inicialmente são importantes informações sobre a situação atual, ou seja, que alternativas estão disponíveis no momento e ou devem ser consideradas. Depois, são necessárias informações sobre o futuro, quais conseqüências de cada alternativa, e finalmente informações sobre como caminhar do presente para o futuro (CHOO, 2006).

Choo (2006) realiza uma distinção entre a racionalidade na teoria e na prática. A teoria apresenta que a tomada de decisões está fundamentada em informações completas sobre os objetivos da empresa, alternativas plausíveis, prováveis resultados dessas alternativas e importância desses resultados para organização. Já na prática, a racionalidade pode ser afetada pelos conflitos de interesses pessoais, por transações, por limitações, pela ausência de informações, entre outros fatores.

Essa distinção, provavelmente resulta do novo significado que a teoria da decisão adquire com Simon, que postula o modelo da racionalidade limitada, também conhecido como modelo Carnegie (pelo fato de pertencer à Carnegie Mellon University) para elucidar o comportamento humano nas organizações.

Simon (1970, p.7) enfatiza que “toda decisão é, até certo ponto, a matéria de acomodação. A alternativa finalmente escolhida jamais permite a realização

completa ou perfeita dos objetivos visados, representando apenas a melhor solução encontrada naquelas circunstâncias.”

Motta (1994) reforça os estudos de Simon, ressaltando que ninguém decide por um processo racional de apreciar todas as alternativas possíveis, ao invés atua por meio de simplificações da realidade que se adaptam a mente humana. Assim sendo, o comportamento administrativo, segundo apresenta Chiavenato (2000), é satisfaciente¹¹ e não otimizante, haja vista que o processo decisório do homem administrativo não busca todas as opções admissíveis.

Simon (1970) argumenta que o comportamento real, mesmo quando seja considerado racional, possui muitos fatores de contradição, pois não ocorrem na forma idealizada pela racionalidade e apresenta três aspectos diferentes, pelos quais o comportamento real não atinge a racionalidade, os quais são descritos a seguir:

- 1 - A racionalidade requer um conhecimento completo e antecipado das conseqüências os resultantes de cada opção. Na prática, porém, o conhecimento dessas conseqüências é sempre fragmentário.
- 2- Considerando que essas conseqüências pertencem ao futuro, a imaginação deve suprir a falta de experiência em atribuir-lhes valores, embora estes só possam ser antecipados de maneira imperfeita.
- 3- A racionalidade pressupõe uma opção entre todos os possíveis comportamentos alternativos. No comportamento real, porém, há apenas uma fração de todas estas possíveis alternativas é levada em consideração. (SIMON, 1970, p. 95)

Motta (1994, p.53), evidencia que “os modelos racionais tratam todas as variáveis humanas (como motivação, conflito, personalidade), ou variáveis políticas (como auto-interesse, agrupamentos de poder), ou variáveis sociais (como grupos de referência, valores sociais de origem) como restrições ao alcance dos objetivos organizacionais”.

Considerando-se a concepção mais realista do ser humano surgem as premissas da racionalidade limitada.

¹¹ Satisfaciente deriva da expressão latina *satisficer*, termo adotado por Simon, que expressa o homem que se satisfaz com a opção que está ao seu alcance ao invés da alternativa ótima.

2.3.3 A racionalidade limitada

A racionalidade limitada indica que não é possível ao tomador de decisão ter acesso a todas as possibilidades de ação, avaliando todas as opções, face à impossibilidade física de ter acesso a todas as informações e processá-las e ao alto custo deste processo (MOTTA e VASCONCELOS, 2006). Como também considera que o indivíduo é concebido de modo mais modesto e realista, não sendo o ser que sabe tudo e racional do modelo econômico (MOTTA e VASCONCELOS, 2006).

Simon propõe o conceito do homem administrativo,

[...] é um ser que age intencionalmente e é limitado (habilidades, valores e conhecimento) e que pode tomar decisões satisfatórias para organização, ou seja, corretas quando relacionadas aos objetivos pré-estabelecidos. Essas limitações devem ser superadas pela preparação do ambiente psicológico (determinação das premissas decisórias), fornecendo os conhecimentos e informações necessárias para que o tomador de decisão escolha as alternativas mais vantajosas para organização. (ALBUQUERQUE e ESCRIVÃO FILHO, 2005, p.10)

Desta forma, estratégias reducionistas são tomadas pelos membros de uma organização, como forma de enfrentar a limitação de sua racionalidade e a complexidade dos problemas que se defronta, essa estratégia admite a simplificação da representação da situação problema, abrangendo os aspectos mais evidentes, ao invés de tentar reproduzir a realidade objetiva em toda sua complexidade (CHOO, 2006).

O indivíduo no processo de tomada decisão, seja individualmente ou na organização, busca a alternativa satisfatória ao invés da alternativa ideal (MARCH e SIMON, 1979). Assim sendo, a decisão pode ser guiada pela procura de opções satisfatoriamente boas e não pela procura das melhores opções. A figura 7 apresenta as premissas do modelo da racionalidade limitada de Simon.

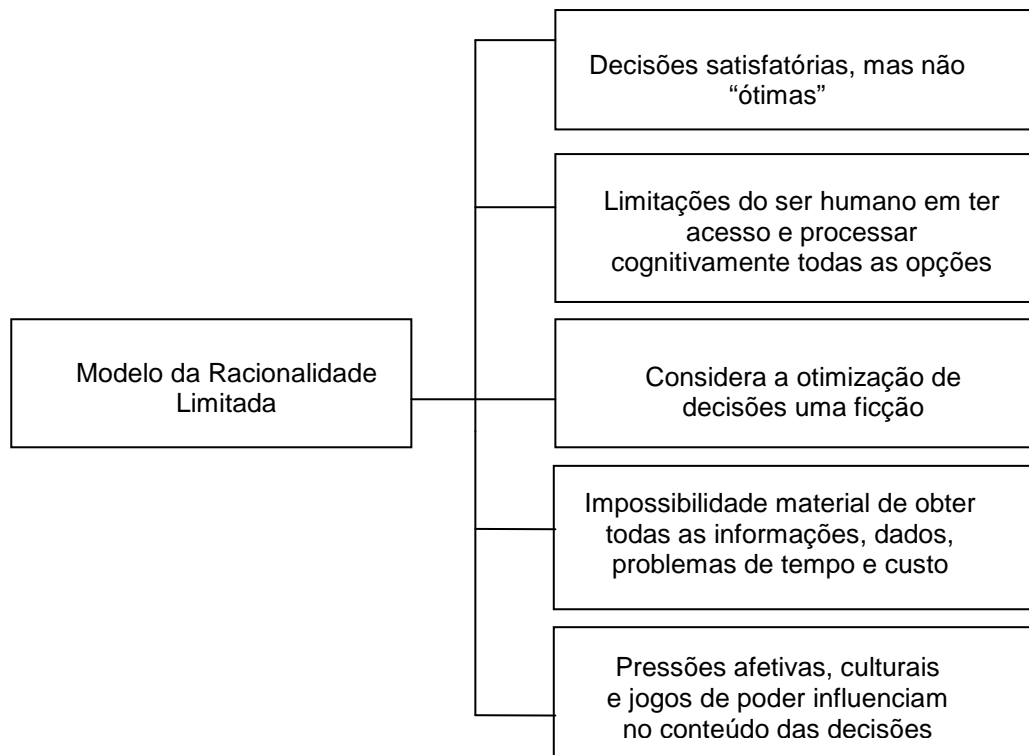


Figura 7 Modelo da Racionalidade Limitada de Simon
Fonte: Motta; Vasconcelos, (2006, p.99)

Essa figura destaca as premissas da racionalidade limitada, ou seja, que o indivíduo no processo decisório busca a alternativa satisfatória, sendo limitado devido a sua capacidade cognitiva, que não consegue processar todas as informações (MOTTA e VASCONCELOS, 2006).

Evidencia-se que o processo decisório é afetado pelas pressões afetivas e jogos do poder, pois segundo Motta e Vasconcelos (2006, p.100) “não é um processo politicamente neutro ou um processo objetivo. [...] são alvos de negociações política e mudam de acordo com as alterações da estrutura de poder, sendo continuamente redefinidos e negociados”.

Esse modelo também apresenta que aspectos psicológicos e emocionais (pressões afetivas, motivações, expectativas pessoais, entre outros) influem no processo decisório, vários componentes são inconscientes, mas compõem a percepção do indivíduo em certo momento influenciando a decisão. Pois sob

condições diferentes, em outro contexto ou sob outra forma de pressão emocional, as opções dos mesmos indivíduos podem mudar e suas ações podem ser de outro modo (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

Choo (2006, p. 266) baseando-se em Simon, enfatiza “que os homens são racionalmente limitados: quando tentam ser racionais, seu comportamento racional é limitado por suas capacidades cognitivas e por restrições da organização”.

E ao se analisar o uso da informação em relação às necessidades cognitivas, Choo (2006) destaca que as simplificações cognitivas utilizadas pelo indivíduo ao tomar decisão podem incorrer em erros ou distorções, assim destaca que é pouco freqüente o comportamento de escolha racional porque a racionalidade objetiva é minimizada pelas limitações humanas. Também a força institucional por uniformidade e conformidade pode regular o desempenho cognitivo abreviando a competência do indivíduo de reconhecer e reagir a novas informações. A pessoa que toma decisão é influenciada pela tendência a usar as informações que aprovelem suas crenças e auxiliem nos resultados desejados.

3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesse capítulo, estão apresentados e discutidos os métodos e procedimentos metodológicos que foram empregados, os quais facilitaram o alcance do objetivo geral e dos objetivos específicos desta pesquisa, assim como a responder ao problema de pesquisa proposto.

3.1 Tipo de pesquisa

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, a opção por este tipo de pesquisa está fundamentada na limitação de estudos que abordam a relação entre informação e tomada de decisão no contexto da saúde pública.

Para o desenvolvimento deste estudo, propõe-se uma abordagem quali – quantitativa. O emprego da quantificação foi utilizado no momento da análise dos resultados por meio de percentuais obtidos nos questionários. Na consonância de ambas, pesquisa qualitativa e quantitativa, tem-se em mente que a complementação propicia a precisão de resultados e uma adequada compreensão do problema estudado.

As fontes de pesquisa deste estudo foram bibliográfica, documental e pesquisa de campo.

3.2 Universo de pesquisa e sujeito da pesquisa

Com base no assento constitucional, artigo 198, encontra-se o princípio da regionalização, considerada uma estratégia relevante para descentralização. A regionalização significa uma base territorial de planejamento estabelecida no âmbito estadual, assim sendo o Paraná está dividido em 22 regionais de saúde.

O universo de pesquisa desse estudo compreende os 29 municípios que compõe a 2ª Regional de Saúde Metropolitana (2ªRSM). Embora esse estudo não esteja vinculado com uma abordagem comparativa, inicialmente os municípios foram agrupados sob ótica IDH e população estimada, a fim de caracterizar esse espaço

territorial denominado 2ªRSM. O quadro 2 apresenta a composição dessa regional de saúde.

<i>Nº de Municípios</i>	<i>IDH</i>	<i>Σ População Estimada¹²</i>
6	entre 0,627 a 0,687	68.630 habitantes
19	entre 0,702 a 0,796	1.169.930 habitantes
4	entre 0,801 a 0,856	2.118.689 habitantes

Quadro 2 Caracterização do universo de pesquisa

A análise desse quadro permite demonstrar a disparidade desse universo (municípios) quanto ao perfil socioeconômico, sendo também demonstrativo da heterogeneidade desse universo.

O SUS estabelece que em cada esfera de governo a direção seja única, sendo o órgão político-administrativo responsável pela saúde, no âmbito municipal a Secretaria Municipal de Saúde, que tem autonomia dentro dos limites de seu território para realizar ações referentes à organização e a execução dos serviços de saúde. Desta forma, o sujeito de pesquisa desse estudo foi centralizado nos secretários municipais de saúde, que têm como função precípua estabelecer as diretrizes de saúde nos limites do seu território.

Pretendeu-se pesquisar todos os elementos componentes do universo. Porém, em virtude do tempo disponível para realização da pesquisa, a mesma foi concluída com o retorno de 21 questionários que corresponde a uma amostra significativa (72%), para dar início à análise dos resultados. Embora o preenchimento adequado ocorresse somente em 20 questionários que representa 68,9% de retorno, pois em um questionário o respondente não efetuou o preenchimento da identificação do município, no item II respondeu somente tempo no cargo, tempo de atividade profissional no SUS e formação acadêmica. No item III – questões de pesquisa, parte central deste estudo, somente nas questões de resposta única podem-se visualizar com precisão sua participação, sendo que respondeu cinco das doze questões de resposta única.

¹² Fonte: Ipardes, 2010

3.3 Instrumento de pesquisa

Foi utilizado como instrumento de pesquisa o questionário autopreenchido (Apêndice 4), uma vez que permite atingir simultaneamente um determinado número de pessoas, abrange uma área geográfica mais ampla, e o respondente pode preencher em um horário que lhe seja mais favorável.

Quanto à forma das perguntas o questionário foi composto da seguinte forma: questões fechadas limitadas a marcar só uma alternativa ou múltipla escolha, escala de valor e questões abertas.

O questionário foi composto de três partes: (I) Nome do município; (II) Caracterização do participante; (III) Questões de pesquisa. Sendo elaborada uma representação dos elementos de análise relacionados em cada questão considerada (Apêndice 5).

O questionário foi concebido em formulário eletrônico Google Docs®, pois essa ferramenta facilita a coleta de dados, tendo em vista a dispersão geográfica do universo de pesquisa. O formulário eletrônico foi enviado para todas as secretarias municipais de saúde, em setembro de 2010, por meio de e-mail direcionado ao secretário municipal de saúde convidando-o a participar da pesquisa.

Após o envio foi realizado contato telefônico para confirmar o recebimento do e-mail e evidenciar a importância da participação do município nesse estudo.

A ferramenta possibilitou à pesquisadora o acompanhamento diário do retorno das respostas, para evitar uma percentagem pequena de retorno e ratificar a importância da participação, foi realizado um segundo contato telefônico aos secretários que ainda não haviam enviado suas respostas explicando a importância da pesquisa e participação.

3.4 Procedimentos metodológicos

A metodologia de pesquisa foi modelada em etapas, e construída em torno do problema de pesquisa. A figura 8 apresenta o panorama da pesquisa.

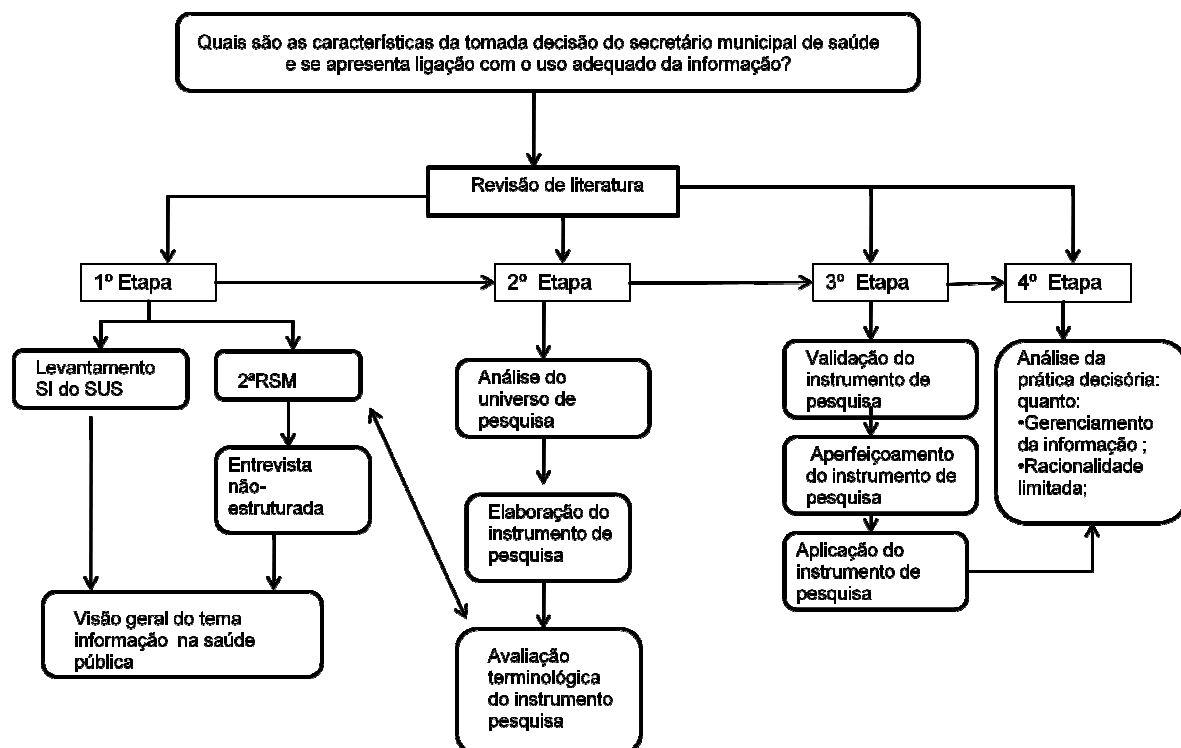


Figura 8 Delineamento da Pesquisa

A pesquisa bibliográfica e documental representa os procedimentos adotados na revisão de literatura. Baseada em fontes secundárias, ou seja, em livros, revistas acadêmicas, teses, dissertações, artigos científicos, informações disponibilizadas na internet e documentos, que neste estudo são categorizados como leis, regulamentos, normas e decretos. Essa etapa teve como objetivo prover a pesquisadora de embasamento teórico e conceitual fundamental ao desenvolvimento do estudo, os temas abordados foram: Saúde Pública: sistema único de saúde, descentralização e sistema de informação em saúde; Informação: gestão da informação, sistemas de informação, fluxos e valor da informação; Processo Decisório: a interface informação e tomada decisão, processo decisório e a racionalidade limitada.

Essa etapa expôs à pesquisadora um desafio, de tentar percorrer em diferentes áreas de conhecimento (saúde pública, informação e administração) na busca de uma relação dialógica, além da quantidade de informação.

Na primeira etapa, a pesquisadora realizou um levantamento dos Sistemas de Informação (SI) disponíveis no site do Ministério da Saúde. Em janeiro de 2010, foi

realizada uma entrevista não estruturada na 2ªRSM, por meio desses procedimentos obteve-se uma visão preliminar do tema informação no segmento de saúde.

Na etapa seguinte realizou-se uma análise dos 29 municípios sob a ótica do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e população. Nesta etapa também se efetuou a elaboração do instrumento de pesquisa a ser aplicado aos secretários municipais de saúde. O instrumento de pesquisa foi submetido a uma avaliação da adequação terminológica com representante da Divisão Informação e Análise da Situação da 2ªRSM, que devido a sua experiência e atuação no universo de pesquisa deste estudo contribuiu para o aprimoramento do questionário.

Na terceira etapa o instrumento de coleta de dados foi validado por meio de pré-teste, conforme apresentado no item 3.4.1. Após a validação o instrumento de pesquisa foi aperfeiçoado, e o procedimento posterior se constituiu na aplicação do instrumento de pesquisa, no período de 19 de setembro a 23 de outubro de 2010.

Os resultados obtidos propiciaram a análise e a discussão, que teve como finalidade de transformar os dados coletados em informação a fim de responder a questão de pesquisa. Finalmente, a elaboração do relatório final, onde são apresentados os resultados obtidos e a conclusão a respeito do tema proposto, bem como as contribuições desse estudo.

Em relação aos procedimentos éticos, a pesquisadora comunicou aos participantes o objetivo do estudo evidenciando a privacidade e o anonimato na participação, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3).

3.4.1 Validação do instrumento de pesquisa

É relevante conhecer como o instrumento de coleta de dados comporta-se numa situação real, isso ocorreu por meio do pré-teste, que tem como objetivo identificar e corrigir possíveis falhas no instrumento de coleta de dados. O pré-teste foi encaminhado para cinco (5) municípios, em maio de 2010.

O resultado dessa etapa possibilitou a identificação de falhas no instrumento de coleta de dados, e complexidade de algumas questões.

As correções foram executadas e por meio destas alterações buscou-se incrementar a eficácia do questionário.

3.4.2 Análise dos dados

Após a coleta de dados efetuou-se o tratamento e análise dos resultados que se constituiu no elemento central do estudo. Utilizou-se da percentagem no tratamento dos dados.

Nas questões de resposta única, a percentagem foi baseada na amostra total, ou seja, baseada no número de participantes, oscilando entre 20 e 21 devido ao fato de um respondente ter apresentado sua opinião somente em algumas questões. Esse fato também interferiu nas questões de resposta múltipla, aquelas que possibilitavam assinalar mais de uma opção, devido à pesquisadora não conseguir identificar quantos eram os respondentes dessas questões adotou-se a percentagem baseada no somatório das respostas obtidas em cada opção como a percentagem total.

Assim sendo, os dados foram convertidos em tabelas que geraram gráficos por meio do programa Excel® (Apêndice 6). As questões abertas também foram transformadas em tabelas a fim de facilitar a sua representatividade.

A fase seguinte foi à análise dos resultados a fim de conseguir resposta ao problema pesquisa e atingir aos objetivos propostos, assim como estabelecer relação entre os dados obtidos e teoria.

4 RESULTADOS

Esse capítulo demonstra os resultados da pesquisa baseados nos procedimentos adotados. Inicia-se pela apresentação do relatório da entrevista e em seguida expõem-se os resultados do questionário.

4.1 Entrevista não estruturada

Com intuito de aprofundar a familiaridade da pesquisadora com o universo de pesquisa, bem como obter informações para posterior investigação, foi realizada uma entrevista na 2ªRSM.

O procedimento inicial foi encaminhar um ofício para a 2ªRSM em janeiro de 2010, que devido ao período de férias da representante, aguardou-se o seu retorno para verificar a possibilidade de participação. Em fevereiro de 2010 procede-se o agendamento para o dia 09 deste mesmo mês.

Esse encontro foi caracterizado como uma conversa informal pela representante dessa regional, a qual solicitou também a participação do: (i) representante da Divisão Informação e Análise da Situação e (ii) representante da Divisão de Atenção à Saúde.

Para encaminhar este encontro, a pesquisadora procurou seguir o roteiro de entrevista previamente preparado (Apêndice 2), mas devido ao fato de o mesmo ser caracterizado de conversa informal, o mesmo foi conduzido de forma flexível, ou seja, um diálogo para troca de conhecimentos sobre informação em saúde pública.

Inicialmente tentou-se fazer anotações das ideias apresentadas, mas não se obteve sucesso, pois num momento de troca opiniões entre quatro profissionais, esta ação não é facilmente executada. Assim, o registro por vários momentos foi abandonado.

Iniciou-se com uma contextualização do tema que seria abordado: Informação a importância desta área do conhecimento na atual sociedade; e informação em saúde pública evidenciando o objetivo desse encontro.

A primeira interrogação abordou a relevância do recurso informação para os secretários municipais de saúde e se este recurso fundamenta o planejamento e/ou

plano de ação. Foi comentado que o secretário ainda não tem a percepção da informação como um recurso. Encontram-se muito focados no recurso financeiro e recurso humano, este último, devido à dificuldade de conseguir médicos para trabalharem nos municípios.

Seguidamente fez-se um *link* entre a lista de Sistemas de Informação (SI) que se obteve em levantamento precedente no site do Ministério da Saúde e Datasus, com os seguintes aspectos: (i) com relação à listagem elaborada seria somente este SI sob a competência do município e/ou existem outros a serem relacionados; (ii) estes sistemas são utilizados para proporcionar a construção de ações e/ou planejamento em saúde do município com base nas prioridades municipais; (iii) os registros dos dados coletados que alimentam os SI são efetuados apenas com intuito de obterem o repasse financeiro.

As colocações feitas foram: que a listagem não está completa, pois cada agravo tem que ser notificado em formulário próprio, mas que em linhas gerais seriam estes. Reforçaram que estes SI fornecem os indicadores de saúde, sendo que na maioria das vezes e em alguns municípios não são utilizados para respaldarem a construção do planejamento das ações de saúde. Mas, servem de base ao repasse financeiro. Enfatizaram que apesar disto, os SI tem sua importância para construção e implantação de ações de saúde no SUS.

No que tange à qualidade dos dados coletados, foi comentado que são colhidos manualmente e transferidos para planilhas semanais que geram a planilha mensal, também ressaltada a dificuldade enfrentada algumas vezes por erros de digitação nas planilhas, que produzem informações e indicadores que são discrepantes da realidade, havendo a necessidade de se proceder a uma averiguação mais minuciosa.

Outro tópico abordado foi sobre a capacidade técnica (recursos humanos e equipamentos) das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para o gerenciamento e qualidade na produção das informações em saúde. Foi colocado o quão dispares são os municípios que compõe esta regional, desta forma, existem municípios que dispõe de mais recursos tecnológicos e outros menos, em relação aos recursos humanos foi comentada a dificuldade enfrentada devido à rotatividade dos

profissionais, inclusive do secretário municipal de saúde, desta forma as ações e investimentos acabam ficando comprometidas por dificuldade de continuidade havendo a necessidade incessante de recomeçar e/ou retomar orientações, devido a esta rotatividade, por exemplo, no que se refere a treinamento e capacitação.

Outro ponto abordado nesta resposta foi sobre o valor da bagagem de conhecimento que o secretário de saúde tem referente a área de saúde pública, por exemplo, mudança de secretário de saúde que ocorreu num município e seu impacto nos avanços da secretaria, pois este profissional tem uma trajetória significativa de conhecimento em saúde pública. Também foram colocados os fatores políticos.

Nesta oportunidade, também foi abordado pelos participantes da 2ªRSM, a qualidade do SUS, visto ser um sistema organizado, os investimentos nos SI, entretanto para que o SUS avance, neste momento tem que se refletir sobre aspectos relacionados com gestão. Outra temática abordada pelos participantes foi à importância dos Conselhos de Saúde (controle social) serem mais adequados quanto à sua função e papel no contexto do SUS.

Finalizou-se essa conversa informal, agradecendo a colaboração e disponibilidade por contribuírem com o respectivo estudo.

Conclui-se essa etapa obtendo-se uma visão genérica do tema informação em saúde pública neste universo de pesquisa. A informação está inserida em todo este contexto e existe na regional um setor direcionado para trabalhar com a informação, os municípios se envolvem com a informação por meio dos SI. Porém, há ressalvas quanto à qualidade do repasse de dados do município para regional, também questões de capacidade tecnológica, rotatividade e qualificação dos recursos humanos, que comprometem a qualidade.

4.2 Instrumento de pesquisa

Dos 29 municípios que compõe a 2ªRSM, 21 participaram da pesquisa (72%). Entretanto, reforça-se que somente 20 questionários foram devidamente preenchidos (68,9%), conforme já explicitado no item 3.2.

Na caracterização do município, parte I, que corresponde à identificação do município, pelo comprometimento ético da pesquisa do anonimato não será apresentada o rol dos municípios que participaram. O quadro 3 apresenta o número de retorno obtido por faixa de IDH.

Nº de Municípios	IDH	Nº Questionários Recebidos
6	entre 0,627 a 0,687	3
19	entre 0,702 a 0,796	13
4	entre 0,801 a 0,856	4
	Município sem identificação	1

Quadro 3 Número de questionários recebidos

Na parte II, caracterização do respondente, em relação ao cargo 95% indica que a nomenclatura utilizada é secretário municipal de saúde, 5% diretor de departamento de saúde.

Perguntados sobre a formação profissional, obteve-se como resposta: 20% não informaram, 15% medicina, 15% administração, 15% enfermagem, e num mesmo percentual de 5% encontram-se: serviço social, psicologia, ciências contábeis, análise de sistema, direito, direito e serviço social, e superior completo.

Quanto ao tempo no cargo, 33% um ano 19% tem tempo igual ou menor que 10 meses, 19% está há dois anos, 14% há quatro anos, 5% seis anos, 5% dez anos, 5% não informou.

Em relação ao tempo de atividade no SUS, 19% atuam na área de saúde pública antes da implantação do SUS, 19% há 2 anos, 14% entre 19 anos a 22 anos 9,5% há 1 ano, 9,5% há 6 anos, 9,5% há 10 anos, 5% há 7 anos, 5% há 15 anos, e 9,5% não informaram.

Indagados sobre sua formação acadêmica, 52% tem especialização, 24% tem graduação, 14% mestrado/doutorado, 5% ensino médio, 5% outro.

Na parte III do instrumento de pesquisa encontram-se as questões centrais desse estudo. O significado do termo informação para 43% representa análise de dados, 28% conotação de mensagem em forma de documento ou comunicação, 24% dados, 5% outro, mas não especificou.

A questão dois indaga sobre o uso da informação no processo decisório, e o resultado obtido foi que 80% recorrem ao uso da informação, e 20% às vezes.

Os participantes da pesquisa demonstraram que os principais tipos de decisões sob sua responsabilidade são: decisões orçamentárias e decisões de investimento em infra-estrutura e equipamentos (27%), decisões de recursos humanos (24%) e decisões de planejamento em saúde (22%).

A figura 9 mostra que a importância da informação no processo decisório dos respondentes está relacionada com: fundamentar a escolha (47%), enfrentar a complexidade do problema (24%), escolher a alternativa ótima (9,5%), reduzir a incerteza e ambigüidade (9,5%), escolher a alternativa satisfatória (5%) e outras (5%).

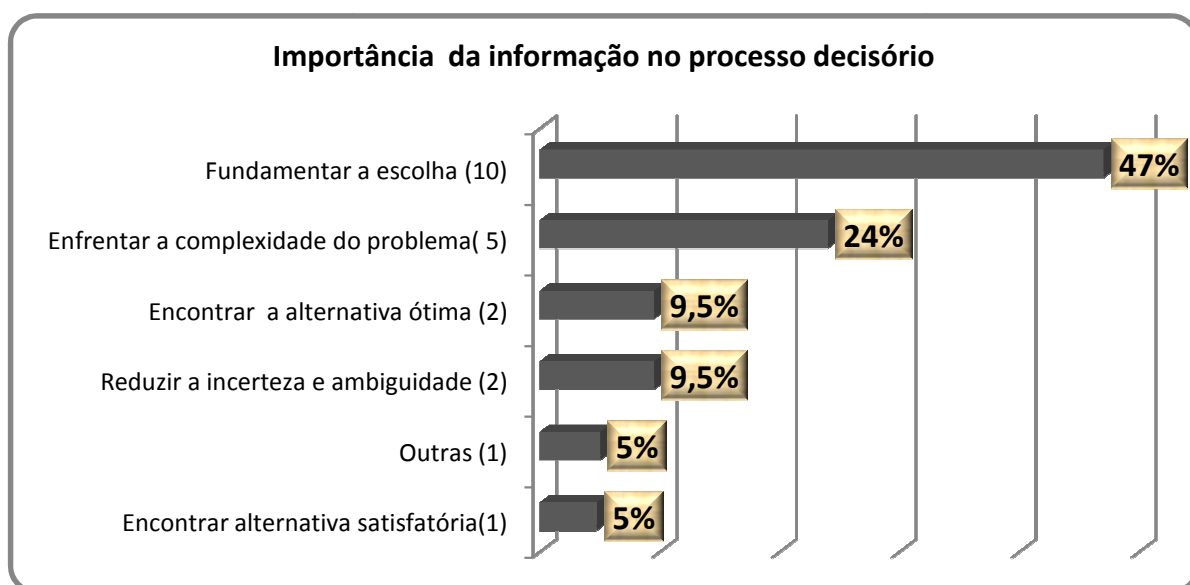


Figura 9 Importância da informação no processo decisório

Os participantes da pesquisa manifestaram o seu grau de autonomia no processo decisório em saúde pública, por meio de uma escala de valor onde 1 significa pleno e 5 insuficiente, o resultado obtido foi 60% para o grau 3, 15% para grau 4, 10% para o grau 2, e 5% para grau 1 e 5 respectivamente, conforme se visualiza na figura 10.

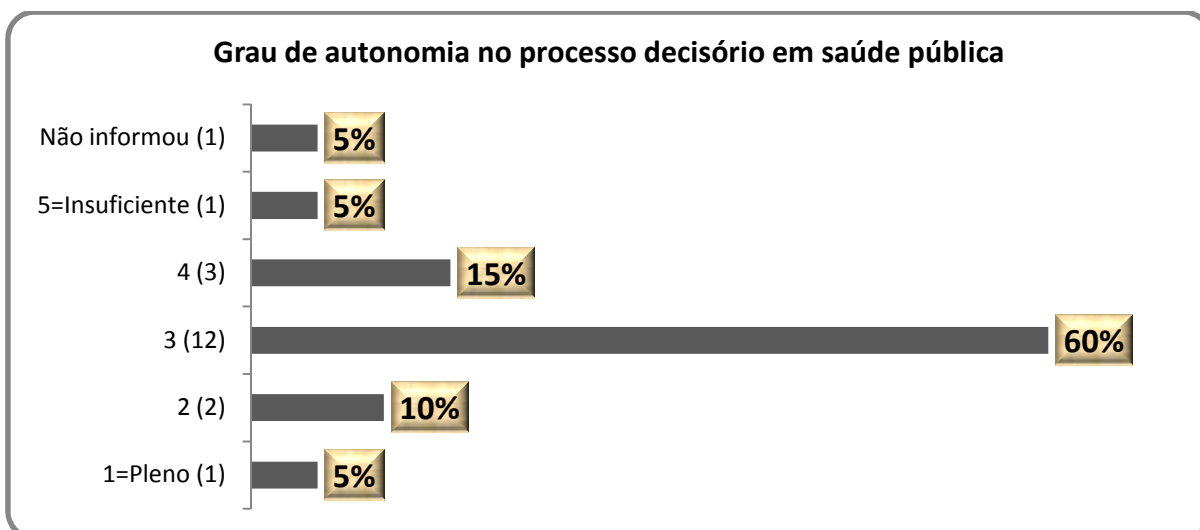


Figura 10 Grau de autonomia no processo decisório em saúde pública

Em relação sob qual condição se realiza o processo decisório, obteve-se o seguinte resultado, 50% certeza – tem informação com qualidade; 45% risco - tem informação aproximada, 5% ambigüidade – falta clareza na informação disponível.

Habitualmente fundamentam as decisões em fonte de informação interna de SMS (29%), fonte de informação externa (26%), conhecimentos legais de saúde pública (25%), na experiência prévia (17%), outro (3%) e não houve registro para baseada na experiência abstrata.

Quando indagados sobre qual sua atitude ao tomar uma decisão, obteve-se que 28,5% realizam um estudo de cada alternativa de ação selecionam e implementam a alternativa ótima, com o mesmo percentual a opção outro (28,5%), seguido de 24% realizam um estudo de cada alternativa de ação, verificando aspectos como existência de conflitos e jogo de poder, 19% realizam um estudo de cada alternativa de ação, selecionam e implementam a alternativa satisfatória e não pontuando agem por meio de intuição e experiência.

Em relação a quem participa da tomada decisão em saúde pública no município, o resultado foi 20% o secretário de saúde, 19% o prefeito, 19% o conselho municipal de saúde, 13% médicos e profissionais de saúde, 12% o secretário de finanças, 8% habitantes do município, 8% câmara de vereadores ao mesmo tempo e 1% outro.

Na figura 11 visualizam-se os resultados obtidos, quanto aos fatores que dificultam a capacidade de tomar decisão, os participantes evidenciaram que a complexidade do setor saúde pública (33%), a conjuntura política do município (31%), ambigüidade de informações coletadas pela equipe de trabalho e excesso de informações provenientes de fonte externa (9,5%), a pouca autonomia do gestor (7%), aspectos comportamentais como incerteza e ansiedade e a complexidade de informações de fonte interna (5%).

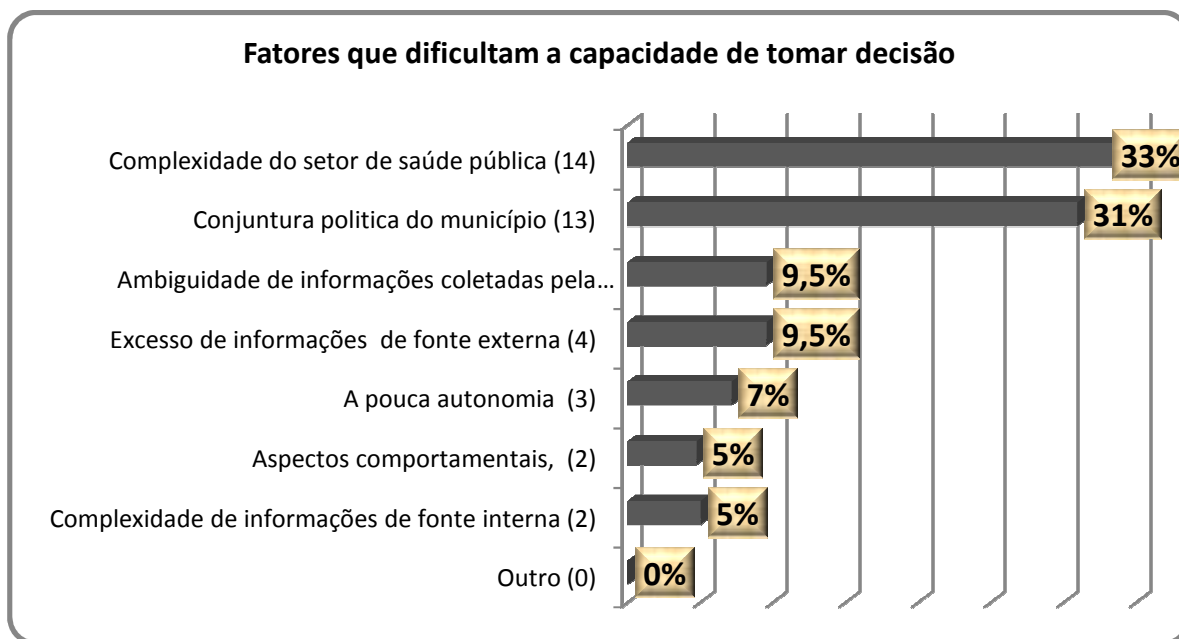


Figura 11 Fatores que dificultam a capacidade de tomar decisão

Quando a decisão não conduz ao objetivo desejado os participantes da pesquisa demonstram que a informação disponível não era de qualidade (29%), a informação distribuída para implementação à ação não foi efetiva (24%), os critérios de decisão foram influenciados pela conjuntura política (21%), falta de informação (21%), desconhecimento de todos os riscos envolvidos na decisão (2,5%) e, excesso de informação (2,5%).

Obteve-se quanto ao tipo de decisões, 50% programadas (repetitivas rotineiras e familiares), 25% semi-programadas, 15% não-programadas (complexas, dependem de julgamento e negociação, não familiares) e 10% não informaram.

Em relação a como ocorre a tomada de decisão na SMS ,76% demonstram que a equipe da secretaria junto com o secretário compartilham as informações e

por meio do consenso chegam a decisão, 14% o subordinado repassa a informação para o seu chefe imediato que informa o secretário que toma a decisão, 5% a opção o secretário busca a informação e toma a decisão e, 5% outro.

Na figura 12 visualiza-se onde o participantes da pesquisa habitualmente coletam informação para a tomada decisão, 23% por meio de planilhas e relatórios e por meio da equipe de trabalho e reuniões internas, 21% por meio dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, 11 % por meio de conversas informais, por meio do conhecimento científico (universidades/grupo de pesquisa/congressos etc...) e busca na internet.

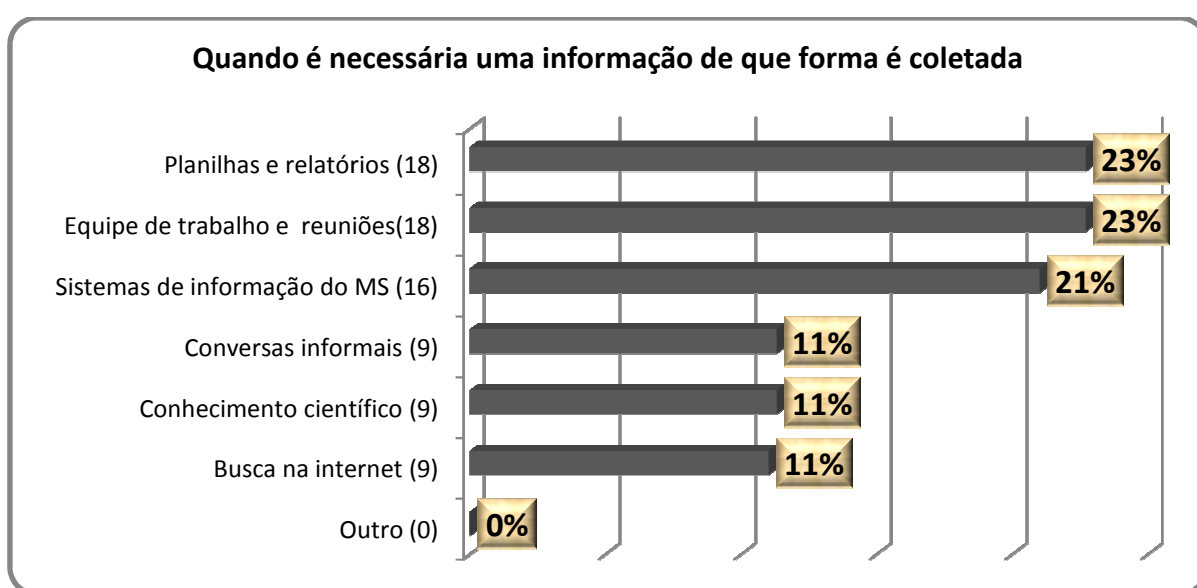


Figura 12 Quando é necessária uma informação para tomada de decisão de que forma é coletada

Quando indagados sobre como comunicam a decisão obteve-se 44% por meio de comunicação escrita formal, 32% por meio de comunicação informal e 24% por meio de comunicação escrita normativa.

A pesquisa mostra que quando o secretário encontra informações que são contrárias as suas ideias, 67% adapta seus pensamentos a partir das novas informações, 14% justifica a diferença, com o percentual de 9,5% tem uma sensação de conflito e, 9,5% outro , não houve registro nas opções evita essa informação e simplesmente aceita a informação.

Em relação ao armazenamento dos documentos da SMS, obteve-se 44% em papel e arquivados em cada departamento, 37% no computador de cada

departamento, 17% no computador de cada departamento que estão interligados em rede, 2% outro.

A figura 13 demonstra a avaliação dos respondentes quanto aos atributos da informação utilizada para tomada de decisão.

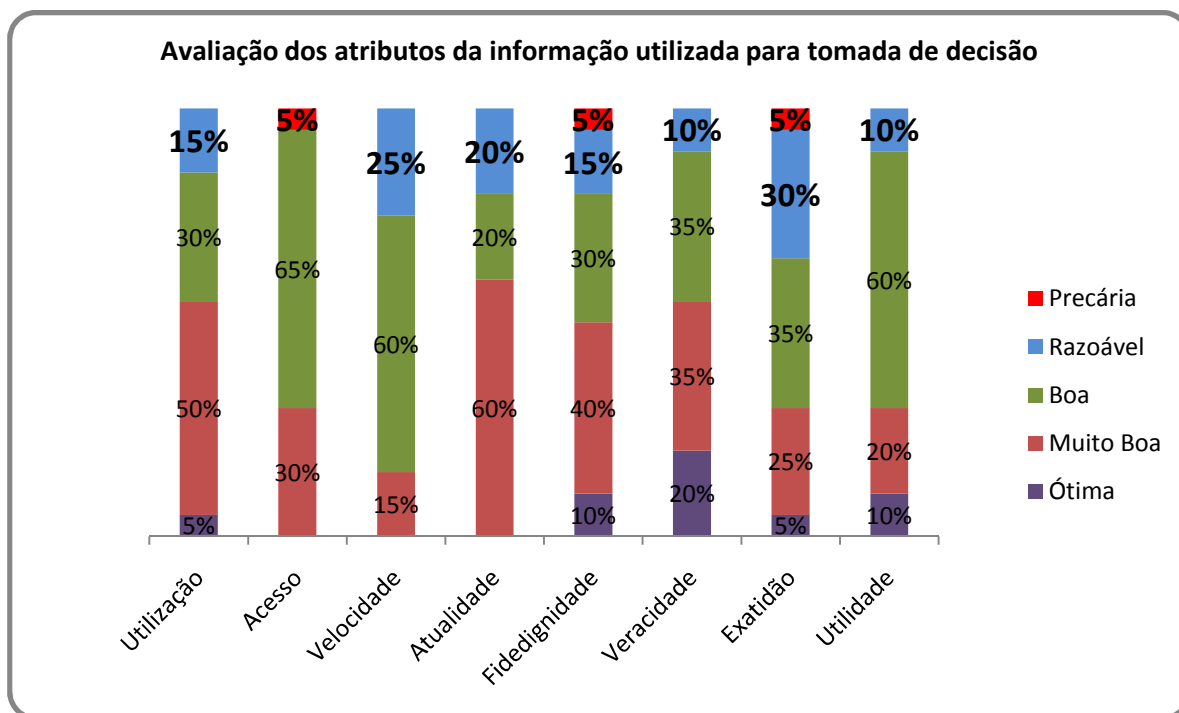


Figura 13 Avaliação dos atributos da informação utilizada na tomada de decisão

Quanto a utilização que indica a quantidade de vezes que uma informação é usada obteve-se 50% Muito Boa, 30% Boa, 15% Razoável, 5% Ótima e não houve pontuação para precária.

Facilidade de acesso que representa a facilidade de encontrar uma informação o resultado foi 65% Boa, 30% Muito Boa, 5% Precária não ocorrendo registro em ótima e razoável. Já o atributo velocidade indicativo que a informação deve ser fornecida na velocidade necessária à resolução de um problema os percentuais foram, 60% Boa, 25% Razoável, 15% Muito Boa.

O atributo atualidade refere-se que a informação apresentada é atual ou condizente com o momento presente obteve 60% Muito Boa, 20% Boa e 20% Razoável. Já fidedignidade significa que a informação é merecedora de crédito, confiança o resultado foi 40% Muito Boa, 30% Boa, 15% Razoável, 10% ótima e 5% Precária.

Veracidade que representa a verdade, está relacionada com a origem dos dados, obteve 35% para as opções Muito Boa e Boa, 20% para Ótima e 10% Razoável. O atributo exatidão significa que a informação não contém erros e transmite fatos com rigor, o resultado foi 35% Boa, 30% Razoável, 25% Muito Boa e 5% para Ótima e Precária .

Finalizando com o atributo utilidade, pois às vezes coleta-se muitos dados que acabam não servindo para processo decisório, e no processo decisório o secretário precisa de informação que realmente possa ser utilizada, obteve-se 60% Boa, 20% Muito Boa e 10% para Ótima e Razoável.

A próxima questão demonstra como os participantes da pesquisa classificam o seu domínio de conhecimento quando suas decisões são baseadas em informação. Para informação legal de saúde pública o resultado foi 65% domínio semi-pleno, 25% domínio pleno e 10% domínio restrito. Já para informações provenientes dos SI do Ministério da Saúde obteve-se 70% domínio semi-pleno, 20% domínio restrito e 5% domínio pleno e 5% não apresentou sua resposta neste item.

Informação de relatórios gerenciais e outros foi 60% domínio semi-pleno, 30 domínio pleno e 10% domínio restrito. O resultado para informação científica (congressos, pesquisas e revistas) foi 60% semi-pleno, 30% domínio restrito e 5% simultaneamente para domínio pleno e domínio escasso.

Em relação a informação baseada na experiência pessoal os participantes manifestaram 50% domínio pleno, 35% domínio semi-pleno e 15% domínio restrito.

E, quanto a informação repassada pelo grupo de trabalho da SMS obteve-se 60% domínio semi-pleno, 35% domínio pleno e 5% domínio restrito. No que se refere a informação disponível em sites os resultados ficaram assim, 40% domínio semi-pleno, 30% domínio restrito, 15% domínio pleno e 5% insuficiente e 10% não responderam.

O conjunto desses resultados podem ser visualizados na figura 14.

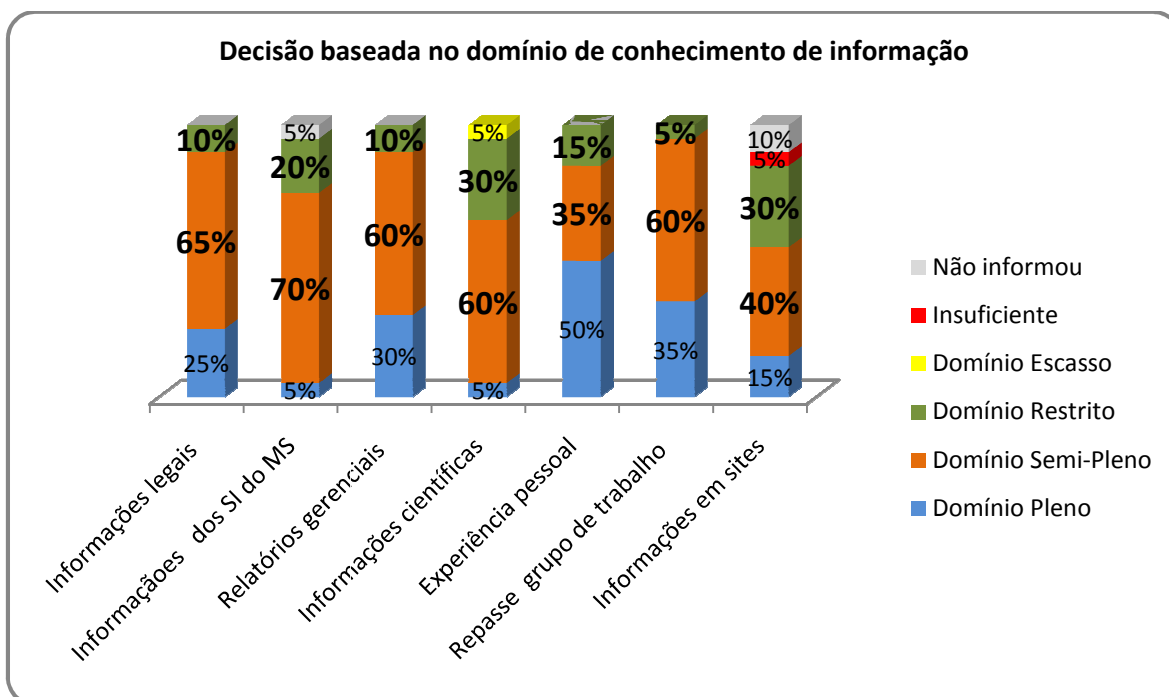


Figura 14 Classificação do domínio de conhecimento da decisão baseada em informação

Quando indagados sobre a importância dos Sistemas de Informação(SI) padronizados pelo Ministério da Saúde obteve-se 85% para sim e 15% para não.

A questão seguinte solicita que o respondente cite os SI utilizados no processo decisório, apresentou um elevado índice de abstenção, pois somente oito participantes responderam. E, os SI que preponderaram nas indicações foram SIA(5), SIAB(4) , SISVAN(3),CNES e SINASC(2).

Em relação a percepção quanto a SMS ser uma organização baseada em informação, essa questão apresentou um baixo índice de retorno,somente sete respostas. As colocações (Apêndice 6) foram as mais diversas e não facilitaram a compreensão da perspectiva dos participantes. Apesar de vincularem a informação com planejamento, gestão e SI , não evidenciaram a relevância da informação no processo decisório.

5 DISCUSSÃO

A informação como um componente existente nas atividades realizadas numa organização é uma concepção inequívoca. Esse estudo analisa as percepções e atitudes dos secretários municipais de saúde em relação à informação para tomada de decisão. Considerando-os como usuários da informação, ou seja, aquele indivíduo que necessita de informação e a utiliza. Os achados do presente estudo evidenciam os secretários como usuários, pois 80% recorrem ao uso da informação no processo decisório.

Outro aspecto fundamental nesse contexto de estudo é identificar o significado atribuído à informação. Dos pesquisados, 43% consideram informação como análise de dados, essa concepção está em consonância com as colocações de Davenport e Prusak (1988a). Ao demonstrar que informação tem vinculação com os dados e considerando que aos mesmos são atribuídos significados, pode-se inferir que informação significa dados em uso. Assim, consolida-se a colocação anterior, dos secretários serem usuários de informação.

Autores apontam a informação como um recurso valioso, mas que devido as suas características tem resistido à mensuração quantitativa (MODDY e WALSH, 1999). Entretanto, pode-se empreender a mensuração por meio de juízos de valor e baseado no valor de uso.

Desta forma, este estudo investiga qual o valor atribuído pelos pesquisados em relação aos atributos da informação na tomada de decisão (Figura 13). Num panorama geral essa questão ressalta que a informação para tomada de decisão, encontra valor ótimo em cinco atributos e em percentuais baixos (5%,10%,20%, 5% e 10%), num patamar bom quanto aos atributos acesso (65%), velocidade (60%) e utilidade (60%), ou seja, os secretários encontram-se cercados de informação, mas que no momento da decisão a mesma não está disponível com os níveis de qualidade desejáveis a um processo decisório confiável. Considera-se também que o conjunto desses atributos compreende a qualidade da informação.

Em relação aos dados obtidos na questão que indaga a condição que se realiza o processo decisório, 50% evidenciaram que sob certeza (tem informação de

qualidade) e 45 % sob risco (tem informação aproximada) nota-se uma proximidade de percentuais reforçando uma condição não tão favorável para a qualidade.

Então, ao proceder a uma análise cruzada da questão dos atributos da informação para tomada de decisão com a condição que se realiza a tomada de decisão, percebe-se uma desconexão de resultados. Pois, os pesquisados não apontaram os atributos da informação como ótimo, mas evidenciaram tomar decisão sob condição de certeza, ou seja, amparados numa informação de qualidade (confiável, verdadeira, exata e útil). Ao tomar decisão amparada em informação de qualidade é fundamental que os atributos apresentem um elevado índice de excelência.

Em relação ao fluxo da informação, os pesquisados comumente coletam informação para tomada de decisão por meio de planilhas e relatórios (23%), e por meio da equipe de trabalho e reuniões internas (23%), esse achado exprime a preferência por fonte interna, e proveniente de fonte humana (equipe de trabalho) provavelmente por serem contextualizadas. Tal fato corrobora com a colocação de Davenport e Prusak (1998a) que os administradores têm propensão a coletar de fontes humanas a informação que usam e a maior parte procedem de contatos pessoais.

Outro componente do fluxo da informação analisado neste estudo refere-se à distribuição, os pesquisados evidenciaram que distribuem a informação referente à decisão por meio da comunicação escrita formal (44%). Demonstrando que a informação circula pela organização de saúde por meio de fluxos de papéis, ou seja, uma informação estruturada. Entretanto, Simon (1970) coloca que o sistema de comunicação formal deverá ser suplementando por canal de informação informal que emerge das relações sociais dos participantes da organização, e que oportuniza uma “liderança natural”. Os achados demonstram que a diferença de percentual entre a comunicação escrita formal e comunicação informal é de 12% sugestivo que não ocorre uma complementação.

O art. 9º da Lei 8080/90 preconiza que a direção do SUS é única em cada esfera de governo, desde que respeitada a competência atribuída por lei, sendo autônoma para praticar atos referentes à organização e execução dos serviços de

saúde. Entretanto nos achados da pesquisa 60% classificam a sua autonomia decisória como coeficiente três (3), considerada restrita, existindo uma discrepância entre a teoria e a prática.

Quando indagados sobre os fatores que dificultam a capacidade de tomar decisão, os pesquisados indicam a complexidade do setor de saúde (33%) e a conjuntura política do município (31%). Realmente existe uma complexidade no setor de saúde pública, pode-se iniciar pelo próprio conceito de saúde, que a caracteriza como resultante da qualidade de vida e relacionada com os determinantes sociais e econômicos, além da universalidade, financiamento e legislação. E, principalmente porque o secretário de saúde tem sob sua responsabilidade decisões que abrangem questões referentes à vida do ser humano.

Já o outro fator, conjuntura política, provavelmente o secretário em muitas situações experimenta o conflito entre tomar a decisão adequada e esta não estar alinhada com a vontade e/ou necessidade dos interesses políticos, havendo um embate entre escolhas técnicas e políticas. Esse achado reforça a inexistência da neutralidade política no processo decisórios sendo os mesmos continuamente redefinidos e negociados.

Complementa-se a análise anterior, com os pesquisados indicando os participantes da tomada de decisão em saúde pública, o prefeito (19%) e o conselho de saúde (19%), demonstrando a existência de inter-relações entre o poder executivo, o conselho municipal de saúde (controle social) e o secretário de saúde. Deste modo, nesta arena decisória encontram-se interesses, valores e preferências distintas, em consonância com o modelo da racionalidade limitada, qual mostra que os tomadores de decisão possuem interesses, preferências e valores distintos uns dos outros e que de acordo com o interesse político dominante há necessidade de se estabelecer coalizão e aliança. Essa estrutura não é rígida e como ocorre à alternância dos representantes do poder as mudanças acarretam novos critérios de decisão que são definidos de acordo com a racionalidade dos novos integrantes do poder.

Simon (1970) ressalta a importância do comportamento grupal para o processo decisório, haja vista, que as decisões dos demais envolvidos devem ser inseridas no contexto decisório do secretário de saúde. Assim sendo, o secretário ao tomar uma decisão precisa ter uma nítida noção de qual será a ação dos envolvidos, pois isto lhe facilitará fixar as conseqüências de suas próprias decisões evitando-se o conflito.

A tomada de decisão já é em si uma ação árdua e complexa, pois além do conflito decisório que envolve o risco inerente de uma escolha, acrescido de que as suas conseqüências são significativas sobre uma população, incorpora-se a esse cenário as inter-relações políticas que tornam esse processo mais intenso.

Os pesquisados classificam as suas decisões em programada (50%), essas decisões são rotineiras e definidas em procedimentos e que necessitam de informação detalhada, precisa, freqüente e interna. E, consideram as decisões orçamentárias (27%) e decisões de investimento em infra-estrutura e equipamentos (27%) os principais tipos de decisões que estão sob a sua responsabilidade. Uma análise conjunta desses achados permite inferir que apesar do secretário municipal ser um dirigente do SUS, na sua esfera de governo, seu nível decisório é gerencial e não estratégico, onde o nível de informação é macro e considera o ambiente externo e interno da organização. O planejamento estratégico concebe a decisão sobre os objetivos da organização e os meios para atingi-lo e tal evento não foi evidenciado nesta questão.

Os pesquisados indicam que quando a decisão não conduz ao objetivo desejado, isto emana da informação disponível não ser de qualidade (29%) ou a informação distribuída para implementar a ação não ser efetiva (24%). Esses dados reforçam que a decisão é afetada pela qualidade da informação, bem como pela sua distribuição. Decorre também a importância de se proceder à gestão da informação neste segmento.

A atribuição do conhecimento na tomada de decisão tem a finalidade de fixar antecipadamente as conseqüências de cada alternativa (Simon, 1970). Quando indagados a respeito do seu domínio sobre as informações que subsidiam a decisão, a figura 14 mostra o maior índice de resposta situado no domínio semi-

pleno (65%,70%,60%,60% e 40%), donde se deduz que os pesquisados apresentam uma percepção da limitação de seus conhecimentos provenientes de informações para o processo decisório. Corroborando com Simon (1970) que destaca a imperfeição do conhecimento, sendo esta a primeira limitação da racionalidade, haja vista, que a mente humana apresenta limitação para processar uma gama de informação e até mesmo o contexto pode limitar a decisão.

Dando continuidade da análise da questão anterior encontra-se um percentual de 50% para domínio pleno de informações baseadas na experiência pessoal. Mas, ao triangular esse dado com o tempo que estão no cargo, o maior percentual (33%) corresponde ao período de um ano, questiona-se então se no transcorrer desse tempo o dirigente teve oportunidade de vivenciar todas as situações de decisão que lhe permitam inferir que a sua experiência pessoal lhe concede domínio pleno de informações. Neste caso, pode ter ocorrido uma auto preservação ou até mesmo uma tentativa de legitimação externa do seu desempenho decisório.

A função de secretário municipal de saúde corresponde ao papel de um administrador, cabendo-lhe a função de efetivar os objetivos da organização. Para isso possui uma ferramenta essencial que é a informação, e suas ações são efetivadas por meio da decisão. Entretanto, os resultados deste estudo evidenciam que a informação não é valorizada neste segmento como uma ferramenta estratégica, apesar da mesma estar inserida nas atividades diárias da organização e na tomada de decisão do seu representante.

Quanto às características do processo decisório verifica-se que não apresenta ligação com o uso adequado da informação, haja vista, não existir um fluxo informacional formalizado, e o uso não ser amparado em informação de qualidade. Essa premissa fundamenta a importância de se inserir a gestão da informação no setor público de saúde, pois na sociedade atual o bom desempenho de qualquer organização apresenta estreita relação com a gestão da informação dando suporte a seu dirigente com informações úteis, precisas e no momento adequado.

Assim, a gestão da informação incrementa os recursos de informação disponíveis na organização, pois ao se identificar necessidades informacionais, e

administrar a coleta, tratamento, armazenamento, uso e disseminação, a organização passa a ter um diferencial para solidificar o seu desempenho.

Por meio da revisão de literatura percebe-se que o espaço e atribuição decisória do secretário são significativos, pois é considerado o representante do município que estabelece as diretrizes do pacto pela saúde¹³ e firma o termo de compromisso de gestão municipal que representa uma declaração pública das metas e indicadores assumidos. Ao mesmo tempo encontram-se inseridos numa profusão de dados, característica da atual sociedade, então ao se administrar adequadamente a informação esses representantes municipais de saúde do SUS terão uma ferramenta estratégica que lhes ajudarão a guiar a decisão, como também estarão trabalhando com a matéria-prima basilar da sociedade contemporânea para uma apropriada administração que intensifica a capacidade de resposta da organização e subsidia o processo decisório.

¹³ Portaria/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.

6 CONCLUSÃO

Este tópico resgata e mostra as conclusões da investigação realizada. A pesquisa se propôs a ver o SUS sob a ótica de um segmento com potencial de crescimento na área de gestão, tendo a informação como componente fundamental.

O secretário municipal de saúde, representa o gestor máximo, que no âmbito municipal define as diretrizes de atuação do SUS, formulando, executando, supervisionando, controlando as atividades da política de saúde, ou seja, aquele a quem compete decisões que predominem pelo desempenho e resultado.

Assim, a tríade deste estudo está formada: SUS - Informação – Decisão. A construção de uma relação dialógica voltada ao aprimoramento da gestão e eficácia do sistema de saúde. Essa concepção pautada na gestão da informação vai além de alimentar regularmente bancos de dados e operar sistemas de informação, mas conjectura a gestão da informação como um diferencial para inovação na gestão pública de saúde.

Nesse sentido, o objetivo geral desta pesquisa foi identificar as características da prática decisória do secretário municipal de saúde associada ao seu comportamento informacional.

Em relação à revisão da literatura e os resultados de pesquisa, ressalta-se que a informação representa um elemento importante na organização e que exige um gerenciamento eficaz por diversos fatores, pois facilita identificar a necessidade informacional, e a partir disso estabelecer a coleta, tratamento, armazenamento, uso e disseminação.

A gestão da informação consolida o desempenho tanto das organizações públicas como privadas. Essa assertiva reforça que as organizações precisam estar atentas que a informação gerenciada de forma eficaz potencializa o desempenho e a qualidade do processo decisório.

Em relação ao objetivo específico analisar a prática decisória do secretário municipal de saúde sob ótica da racionalidade limitada, pode-se inferir que os secretários não apresentam um conhecimento absoluto de todas as informações disponíveis, como também o conflito de interesse interfere no conteúdo da decisão,

o que acarreta a busca por alternativas satisfatórias, face à impossibilidade de acesso a todas as informações e às pressões do jogo do poder. Assim, apresenta um comportamento decisório em consonância com as premissas da racionalidade limitada.

Por meio do objetivo específico, verificar o comportamento informacional na prática decisória constata-se que a informação fundamenta a escolha, entretanto não está baseada numa informação com um desejável padrão de qualidade. Que a coleta de informação ocorre por meio de fonte interna, armazenada em papel e em cada departamento, e disseminada de forma estruturada. Quanto aos atributos da informação, os respondentes caracterizaram num patamar considerado como bom, em uma escala da avaliação onde se apresentavam as possibilidades: ótimo, muito bom, bom, razoável e precária.

Quanto ao objetivo específico, discutir informação e tomada de decisão, foi detalhadamente apresentado no capítulo 5, dessa dissertação.

Infere-se que os secretários têm uma vaga noção sobre informação e, um incipiente conhecimento sobre suas etapas e fluxos. Assim, neste segmento a gestão da informação apresenta carência de entendimento quanto a sua aplicação para solidificar o desempenho organizacional.

Espera-se com uma investigação dessa natureza ampliar a discussão da informação como recurso de qualificação da gestão do SUS. Os achados da pesquisa asseguram que se deveria potencializar a gestão da informação no segmento municipal de saúde. E, que talvez esse elemento – a informação, também possa amenizar o jogo de poder presente no processo decisório. Quanto à regional, pela sua posição estratégica, poderia contribuir com a ampliação dessa discussão como forma de qualificar a administração municipal de saúde.

Entretanto, é necessário que novas investigações sobre o tema sejam feitas a fim de conhecer e aprofundar mais os estudos sobre informação neste segmento. Recomenda-se a análise do ambiente informacional externo, estudo da informação produzida internamente e destinada ao usuário do SUS e os profissionais de saúde como usuários das informações oriundas do secretário

REFERÊNCIAS

ALBUQUEQUE, A.F. e ESCRIVÃO FILHO, E. Administrar é decidir: a visão de Herbert A. Simon. **DCS On Line**, Três Lagoas (MS), Departamento de Ciências Sociais Aplicadas - UFMS, ano 1, n. 1, novembro de 2005. Disponível em: http://www.ceul.ufms.br/adm/dcs/artigos_v1n1.html acesso 27/02/10

ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas da informação e o uso das informações a nível municipal. *In* **Informe Epidemiológico do SUS**; 1998; 3: 27-34

ALMEIDA, M. F. e ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidades de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. *In* **Informe Epidemiológico do SUS** dez. 2000, vol.9, no. 4, p.241-249.

BEAL, A. **Gestão estratégica da informação: como transformar a informação e a tecnologia da informação em fatores de crescimento e alto desempenho das organizações**. São Paulo: Atlas, 2008.137p.

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para gestão. *In*: **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p.163-191.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998. 384p.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 20/04/2010

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dezembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm Acesso em: 20/04/2010

BRASIL. Emenda Constitucional Nº29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 18/05/2010

BRASIL, Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. Resolução INAMPS nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica /SUS nº 01/91. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 de julho de 1991. Disponível em:

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf.

Acesso em: 18/05/2010

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema único de saúde: manual básico**. 3ªed.rev e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de maio de 1993. Disponível em:

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf .

Acesso em: 20/04/2010

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, novembro de 1996. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

Acesso em: 20/04/2010

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2001. Disponível em:

<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf> .

Acesso em: 18/05/2010

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 de janeiro de 2001. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20noas%2002.pdf>. Acesso em: 24/05/2010

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.023, de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de setembro de 2004. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/imprensa/pesquisa/pesquisaresultado.jsp>. Acesso em:

18/05/2010

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Rede Interagencial da Informação para Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/ripsa> Acesso em: 20/04/2010.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 2ª Ed. revista e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significados, construir conhecimentos e tomar decisões**. São Paulo: Editora SENAC, 2006.

CÔRTEZ, P. L. **Administração de sistemas de informação**. São Paulo: Saraiva, 2008.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema único de Saúde: princípios. *In: Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p.265-304.

DAVENPORT, T; PRUSAK, L. **Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação**. São Paulo: Futura, 1998a.

DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. Rio de Janeiro: Campus, 1998b.

DRUCKER, P.F. **A prática da administração de empresas**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de JANEIRO; Editora: FIOCRUZ, 1998.

FADEL, C. B. et al . Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, Apr. 2009.

LE COADIC, Y. **A ciencia da informação**. Brasília, DF: Briquet de Lemos, 1996.

LESCA, H.; ALMEIDA, F. C. de. Administração Estratégica da Informação. **Revista de Administração da USP**, v. 29, n. 3, p. 66-75, jul.-set. 1994. Disponível em: <http://www.rausp.usp.br/> Acesso em: 23/05/10

LIMA, E. J. L. Gestão da informação e as novas tecnologias de informação. *In: Gestão estratégica da informação e inteligência competitiva*. São Paulo: Saraiva, 2005.

LIMA, M. V. A informática médica na atenção primária. *In: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARCH, J. G.; SIMON, H. A. **Teoria das organizações**. Hugo Wahrlich [tradução]. Rio de Janeiro: FGV, 1979.

MARCHIORI, P.. A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional. **Ciência da Informação**, Brasília, v.31, n.2, p.72-79, maio/ago.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v31n2/12910.pdf> Acesso em: 17 /03/10

MAXIMIANO, A.C.A. **Fundamentos da administração**: manual compacto para cursos de formação tecnológicas e sequenciais. São Paulo: Atlas, 2004.

MCGEE, J. V; PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico da informação**: aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como uma ferramenta estratégica. 5.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 244 p.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001a.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001b.

MOODY, D. e WALSH, P. **Measuring the value of information**: an asset valuation approach. European Conference on Information Systems, 1999. Disponível em: www.info.deis.unical.it/zumpano/2004.../ValueOfInformation.pdf
Acesso em: 30/05/10

MORAES, I. H.S. e SANTOS, S. R. F. R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus**, mar. 2001, vol.10, no.1, p.49-56.

MORESI, E.A.D. Gestão da informação e do conhecimento. *IN Inteligência organizacional e competitiva*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

MORESI, E.. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, Brasil, 29, jun. 2000. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/246/214>.
Acesso em: 19/05/2010.

MOTTA, P. R. Gerenciando a decisão: razão e intuição e a recuperação do ilógico como recursos gerencial. *In: A ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1994. p. 49-77

MOTTA, F. C. P.; VASCOCELOS, I.F.G. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

O'BRIEN, J. A. **Sistema de informação e as decisões gerenciais na era da internet**. Trad. Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva 2003.

OLETO, R.. Percepção da qualidade da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, Brasil, 35, ago. 2006. Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/705/597>. Acesso em: 30 Set. 20

OLIVEIRA, M.R.F. de. Fontes de informação complementares para a vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória. *IN Inf. Epidemiol. Sus.* [online]. jun. 2000, vol.9, no.2, p.65. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script>. Acesso em: 21/04/2010

OPPENHEIM, C. et al. Studies on Information as an Asset I: Definitions. *In Journal of Information Science*, Jun 2003; 29: 159 – 166. Disponível em: <http://jis.sagepub.com/cgi/reprint/29/3/159>. Acesso em: 09/06/10

REZENDE, D. A.; ABREU, A. F. de. **Tecnologia da informação aplicada a sistemas de informação empresariais**: o papel estratégico da informação e dos sistemas de informação nas empresas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001. 311p.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites na constituição**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

SETZER, V. W. Dado, informação, conhecimento e competência. **DataGramZero-Revista de ciência da informação**, dez/99, n. zero. Disponível em: http://www.dgz.org.br/dez99/Art_01.htm Acesso em: 09/03/09

SCOSS, F. Z. **Processo decisório para executivos**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1974. 91p.

SIMON, H. A. **A capacidade de decisão e de liderança**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1963. 77p.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1970. 277p.

TARAPANOFF, K. (org). **Inteligência organizacional e competitiva**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.344p.

TARGINO, M. G. **Informação em saúde: potencialidades e limitações**. Informação & Informação, Londrina Vol. 14, N 1, p.52-81, jan./jun, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/viewArticle/1845> Acesso em: 02/02/2010

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Rev. adm. empres.** [online]. 2009, vol.49, n.4, pp. 472-480.

TODOROV, J.C. e MOREIRA, M. B. O conceito de motivação na psicologia. **Rev. bras.ter. comport. cogn.**, jun. 2005, vol.7, no.1, p.119-132.

TURBAN, E. ; WETHERBE, J. ; C; MCLEAN, E. R. **Tecnologia da informação para gestao**: transformando os negócios na economia digital. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004

UGÁ, M. A. et al . Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

UGÁ, M.A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, Aug. 2006.

VIANA, A. L. D'Á. ; LIMA, L. D. ; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002

W H O. **Report of the Fifty-fifth Session. Jakarta,Indonésia**, 11-13 September,2002. Disponível em: www.searo.who.int/en/.../Section2426_13537.htm. Acesso em: 11/04/2010

_____ **Framework and standards for country health information systems**. 2ed. Geneva: WHO, 2008.

_____ **Glossary of globalization, trade and health terms**. Disponível em: <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/index.html>. Acesso em: 01/02/201

APÊNDICES

Apêndice 1 -	Levantamento dos sistemas de informação de saúde padronizados pelo Ministério da Saúde.....	85
Apêndice 2 -	Roteiro entrevista na 2ªRSM	90
Apêndice 3 -	Termo de consentimento livre esclarecido.....	91
Apêndice 4 -	Instrumento de pesquisa.....	92
Apêndice 5 -	Elementos de análise do questionário.....	97
Apêndice 6 -	Apresentação gráfica dos resultados	99
Apêndice 7 -	Tabelas dos dados coletados	109

Apêndice 1 Levantamento dos sistemas de informação de saúde padronizados pelo Ministério da Saúde

Sistema de Informação de Saúde	Sigla	Descrição
Sistema de Informação sobre Mortalidade	SIM	Criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1975. O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. Essas informações possibilitam análise de situação, planejamento e avaliação das ações e programas. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico o documento básico é a Declaração de óbito (DO), padronizada nacionalmente e distribuída pelo MS.
Sistema de informações sobre Nascidos Vivos	SINASC	Implantado em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos. Estes registros subsidiam as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do SUS, como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada em todo o País e distribuída pelo MS.
Sistema de Informação de Notificação de Agravos	SINAM	Permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções Operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja, nas unidades de saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS. A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Caso os municípios não alimentem o banco de dados do Sinan, por dois meses consecutivos, são suspensos os recursos do Piso de Assistência Básica (PAB). Além da Ficha Individual de Notificação (FIN), e da Notificação Negativa, disponibiliza a Ficha Individual de Investigação (FII), que é um roteiro de investigação, que possibilita a identificação da fonte de infecção, os mecanismos de transmissão da doença e a confirmação ou descarte da suspeita.

Sistema de Informação de Saúde	Sigla	Descrição
Sistema de Informações Ambulatoriais	SIA –SUS	Oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA). Oferece também informações para o gerenciamento de capacidade instalada e produzida, bem como dos recursos financeiros orçados e repassados aos prestadores de serviços.
Sistema Informação Programa Nacional de Imunizações	SI-PNI	O Programa Nacional de Imunização(PNI) foi formulado em 1973 e institucionalizado em 1975.O objetivo principal do Programa é de oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os municípios. O SI-PNI é formado por um conjunto de sistemas: 1)Avaliação do Programa de Imunizações (API); 2)Estoque e Distribuição de Imunobiológicos(EDI);3)Eventos Adversos Pós-vacinação(EAPV);4)Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão(PAIS);5)Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação(PAISSV); 6)Apuração dos Imunobiológicos Utilizados(AIU);7)Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais(SICRIE). O PNI atualmente é parte integrante do Programa da OMS, com apoio (operacioal e financeiro) do UNICEF e contribuições do Rotary Internacional e do programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
Sistema de Informação de Atenção Básica	SIAB	Foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. os dados são disponibilizados na internet com o objetivo de oferecer informações que subsidiem a tomada de decisões dos gestores do SUS.
Sistema de Informações Hospitalares do SUS	SIH-SUS	Criado em 1981 (Curitiba) substituindo em 1982 o sistema Guia de Internação Hospitalar (GIH). Sendo o sistema que processa a Autorização Internação Hospitalar (AIH), dispõe de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as principais causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos mais freqüentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente no hospital. Suas informações facilitam as atividades de Controle e Avaliação e Vigilância Epidemiológica em âmbito nacional e estão disponíveis para consulta, através de produtos desenvolvidos pelo DATASUS.

Sistema de Informação de Saúde	Sigla	Descrição
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	CNES	Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.
Sistema de Informações sobre Orçamento Públicos em Saúde	SIOPS	O banco de dados do SIOPS é alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, através do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. O preenchimento de dados tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, e conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas em portarias pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF. As informações prestadas ao SIOPS são provenientes do setor responsável pela contabilidade do Ente federado, podendo-se utilizar, para o preenchimento do SIOPS, dos dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais. Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, através da internet, para o banco de dados da DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas. Um dos indicadores gerados é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 com base nos parâmetros definidos na Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde/CNS. Atualmente, o Ministério da Saúde disponibiliza duas versões do programa para os Entes Federados: uma semestral e uma anual. O SIOPS faculta aos Conselhos de Saúde e a sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos no setor saúde.
Sistema de Acompanhamento da Gestante	SISPRENATAL	Visa o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Apresenta o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, com intuito de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal.

Fonte: <http://portal.saude.gov.br> e <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>

Sistema de Informação de Saúde	Sigla	Descrição
Sistema Informação do Câncer da Mulher	SISCAM	Objetiva dar suporte ao controle de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Registra os dados de identificação da mulher e os laudos dos exames citopatológicos e histopatológicos. A agregação destes dados coletados permitiu a construção de uma base de dados que se destaca como um importante instrumento de avaliação e monitoramento do processo evolutivo da doença no país. Em parceria com Instituto Nacional de Câncer (INca)
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	SISVAN	Um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar das pessoas que freqüentam as Unidades Básicas do SUS. Atualmente, estes abrangem o SISVAN Web e SISVAN módulo de gestão (Bolsa Família).O SISVAN Web é o novo sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional para registro de informações do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários do Sistema Único de Saúde, atendidos tanto nos Estabelecimentos de Saúde como por profissionais da ESF/PACS. O Módulo de gestão é on-line e voltado especificamente para o monitoramento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família que são: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos e acompanhamento da saúde de gestantes.
Sistema de Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica	SISPACTO	É um instrumento virtual de pactuação de indicadores, com resultados alcançados no anterior e a proposta de meta para o ano em curso.
Cadastramento e Manutenção de Usuários do Sistema Único de Saúde	CADSUS	Sistema de cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde permite a geração do Cartão Nacional de Saúde, que facilita a gestão do Sistema Único de Saúde e contribui para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário.
Gerenciador de Informações Locais	GIL	Destina-se à informatização da rede ambulatorial básica do sistema Único de Saúde – SUS auxiliando na administração dos seus processos e fornecendo informações sobre a morbidade da população atendida, subsidiando os gestores nas tomadas de decisões. Permite o monitoramento e o planejamento contínuo do sistema de saúde no Município.

Fonte: <http://portal.saude.gov.br> e <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>

Sistema de Informação de Saúde	Sigla	Descrição
Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica	SIFAB	Tem como escopo estabelecer os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica, e estabelecer o elenco de medicamentos e produtos para atenção básica. No segundo objetivo fixa o componente estratégico (conjunto de medicamentos e produtos cuja responsabilidade pelo financiamento e/ou aquisição é do Ministério da saúde) e o componente descentralizado (conjunto de medicamentos cujo financiamento é responsabilidades das três esferas de gestão do SUS, conforme pactuação na CIB). Grupo de medicamentos do componente estratégico: grupo HD (hipertensão e diabetes); Grupo AR (asma e rinite); Grupo IN(insulina); Grupo SM(saúde da mulher); Grupo AN(alimentação e nutrição); Grupo CT(combate ao tabagismo). O monitoramento da movimentação dos recursos destinados a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica ocorre pela alimentação dos dados no SIFAB. Ocorre suspensão de repasse quando: constatado irregularidades na utilização dos recursos; atraso na alimentação do SIFAB e descumprimento da Portaria 2084/05.

Fonte: <http://portal.saude.gov.br> e <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>

Apêndice 2 Roteiro de entrevista

- 1) Atualmente a informação é considerada um recurso para as organizações, e os municípios são a base de produção da maioria da informação utilizada por todos os níveis de gestão do SUS. Em sua percepção, qual a relevância desse recurso para os gestores municipais de saúde?
- 2) Os secretários municipais de saúde estão expostos a um grande volume de informações sobre o ambiente externo (comunidade e usuários do SUS) e interno (SMS). Em sua opinião, qual deve ser a conduta desses secretários em relação a essas informações?
- 3) Dos Sistemas de Informação relacionados a seguir:

SIM	SINASC	SINAM	SIA –SUS
SI-PNI	SIAB	SIH-SUS	CNES
SIOPS	SISPRENATAL	SISCAM	SISHIPERDIA
SISVAN	SISPACTO	CADSUS	GIL
SIFAB			

 - a) Nessa listagem não está incluído algum SI da competência do município?
 - b) Em sua opinião, qual(s) SI são de maior impacto para tomada de decisão dos secretários de saúde.
- 4) Baseada na sua experiência profissional, os municípios que compõem essa regional:
 - a) Apenas registram os dados coletados nos SI padronizados do SUS a fim de obterem o repasse financeiro ou utilizam esses registros para análise da situação de saúde local e definição do planejamento em saúde?
 - b) Existe algum município que demonstre por meio de suas ações priorizarem o monitoramento da captação e qualidade da informação?
 - c) Os municípios apresentam capacidade técnica (recursos humanos e equipamentos) para o gerenciamento e produção das informações em saúde. Se não apresentam, quais os obstáculos a serem vencidos?
- 5) Finalizando, gostaria de fazer mais algum comentário sobre informação em saúde

Apêndice 3 Termo de consentimento livre esclarecido

Este questionário tem como objetivo subsidiar a elaboração de Dissertação de Mestrado para Programa de Pós-graduação em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação – PPCGI, da Universidade Federal do Paraná-UFPR, que visa responder à questão “Quais são as características da tomada decisão do secretário municipal de saúde e se apresenta ligação com o uso adequado da informação? Este estudo aborda a interface informação, decisão e saúde pública, assim esta pesquisa tem como objetivo geral: Identificar as características da prática decisória do secretário municipal de saúde associada ao seu comportamento informacional. É por meio das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas e sua participação é fundamental. A sua única obrigação é ser honesto (a) ao responder ao questionário, sendo sua participação voluntária, portanto você não será recompensado por sua colaboração nesta pesquisa. Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário, eletronicamente, e fornecer informações referentes ao tema deste estudo para a coleta de dados. A pesquisadora Eliane Xavier da Silveira (elianepesquisa2010@gmail.com.br – fone 96020032) poderá ser contata no horário comercial, ou por correio eletrônico, quando poderão ser esclarecidas eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo. Os dados coletados podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado, porém serão tratados em caráter confidencial e a identificação do município não será revelada. Entenda que você é livre para aceitar ou recusar participar desta coleta de dados. O propósito deste documento é dar as informações sobre a pesquisa. Ao concordar com este termo, dará a sua permissão para participar no estudo. Declarando seu entendimento sobre a informação apresentada neste termo de consentimento e que teve oportunidades para fazer perguntas, concordando que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Você só deve participar do estudo se você quiser. Declaro que li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar, bem como tive oportunidade de fazer perguntas sobre este estudo. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

() Sim(responda ao instrumento de pesquisa)

() Não (não responda e devolva ao remetente)

Apêndice 4 Instrumento de pesquisa

I - Caracterização do Município

Município:

II - Caracterização do Participante

Cargo:.....
 Formação profissional:.....
 Tempo no cargo de gestor municipal de saúde:
 Tempo que exerce atividade profissional no SUS:
 Formação acadêmica
☐ Ensino médio
☐ Graduação
☐ Especialização
☐ Mestrado/Doutorado

III - Questões de pesquisa

As questões que apresentam RU (resposta única) significam que deve haver uma única resposta, já quando houver RM (resposta múltipla) significa que está questão admite mais de uma escolha.

- 1) Qual o significado que você atribui ao termo informação: (RU)
 - ☐ Dados (por ex. nº de nascimentos, hipertensos, mortes, agravos etc...)
 - ☐ Análise dos dados
 - ☐ Tem conotação de mensagem, em forma de documento ou comunicação
 - ☐ Não sei precisar pois o termo tem difícil conceituação
 - ☐ outro:
- 2) Quando toma uma decisão recorre ao uso de informação (RU)
 - ☐ Sim ☐ Não
- 3) No processo de gestão de saúde no seu município aponte os principais tipos de decisões que são da responsabilidade do gestor: (RM)
 - ☐ Decisões de investimentos em infra-estrutura e equipamentos
 - ☐ Decisões sobre recursos humanos
 - ☐ Decisões de planejamento em saúde
 - ☐ Decisões orçamentárias
 - ☐ Outro: Especifique:
- 4) A informação no seu processo decisório é importante para: (RU)
 - ☐ Fundamentar a sua escolha
 - ☐ Reduzir a incerteza e ambigüidade
 - ☐ Encontrar a alternativa ótima
 - ☐ Encontrar a alternativa satisfatória

() Enfrentar a complexidade do problema

() Não utilizo informação

() Outro: Especifique:

5) Como classifica o seu grau de autonomia no processo decisório em saúde pública: (RU)

	1	2	3	4	5	6	
Pleno							Insuficiente

6) Sob qual condição se realiza o seu processo decisório: (RU)

() Certeza – tem informação com qualidade

() Risco –tem informação aproximada

() Incerteza – objetivo claro, mas falta informação para decidir

() Ambigüidade – falta de clareza da informação disponível

7) Habitualmente suas decisões são fundamentadas em: (RM)

() Conhecimentos legais em saúde pública

() Na sua experiência prévia

() Baseada na experiência abstrata, ou seja, estabelece as consequências de cada alternativa e seleciona uma delas sem ter que experimentá-la na prática

() Fonte de informação interna da secretaria, como por exemplo ,relatórios, orçamento, conversas com equipe de trabalho

() Fonte de informação externa, como por exemplo, busca de informações na internet, informações do Ministério da Saúde, programa político estabelecido pelo prefeito

() Outro: Especifique:

8) Qual sua atitude quando tem que tomar uma decisão: (RU)

() Realiza um estudo de cada alternativa de ação, seleciona e implementa a alternativa ótima

() Realiza um estudo de cada alternativa de ação, seleciona e implementa uma alternativa satisfatória

() Realiza um estudo de cada alternativa verificando aspectos como: existência de conflitos e jogos de poder

() Age por meio de intuição e experiência

() Outro: Especifique:

9) Quem participa da tomada de decisão em saúde pública no seu município: (RM)

() Prefeito

() Secretário de Saúde

() Secretário de Finanças

() Câmara dos Vereadores

() Conselho Municipal de Saúde

() Médicos e profissionais de saúde

() Habitantes do município

() Outro:

10) Quais são os fatores que dificultam sua capacidade de tomar decisões: (RM)

() A complexidade do setor de saúde pública

- () O excesso de informações provenientes de fontes externas, como Ministério da Saúde, Internet, comunidade
- () A complexidade de informações provenientes de fontes interna, como relatórios, reuniões
- () A conjuntura política do município
- () Ambigüidade de informações coletadas pela equipe de trabalho
- () Aspectos comportamentais, como ansiedade, incerteza
- () A pouca autonomia do gestor de saúde

11) Quando sua decisão não conduz ao objetivo desejado o que você acha que ocorreu: (RM)

- () Falta de informação
- () A informação disponível não era de qualidade
- () A informação distribuída para implementar a ação não foi efetiva
- () Excesso de informação
- () Os seus critérios de decisão foram influenciados pela conjuntura política
- () Desconhecimento de todos os riscos envolvidos na decisão
- () A decisão tomada foi baseada num momento e houve alteração desta situação
- () Outro:

12) Suas decisões são do tipo: (RU)

- () Programadas (repetitivas, rotineiras familiares)
- () Semi-programadas
- () Não-Programadas (complexas, dependem de julgamento e negociação, não-familiares)
- () Outro:

13) Como ocorre a tomada de decisão na sua secretaria: (RU)

- () O subordinado repassa a informação para o seu chefe imediato que informa o secretário que toma a decisão
- () O secretário busca a informação e toma a decisão
- () A equipe da secretaria junto com o secretário compartilham as informações e por meio do consenso chegam a decisão
- () Outro:

14) Quando é necessária uma informação para tomada de decisão de que forma é coletada: (RM)

- () Por meio da equipe de trabalho e de reuniões internas
- () Por meio de planilha e relatórios
- () Busca na internet
- () Por meio do conhecimento científico (universidade/ grupos de pesquisa/ congressos etc)
- () Conversas informais
- () Por meio dos sistemas de informação do Ministério da Saúde
- () Outro: Especifique:

15) Como comunica a sua decisão (RM)

- () Por meio de comunicação escrita formal(ofício, memorando, etc.)
- () Por meio de comunicação escrita normativa (portaria, resolução etc.)
- () Por meio de comunicação informal(repasse verbal)
- () Outro:

16) Quando encontra informações que são contrárias as suas idéias, o que sente: (RU)

- () Sensação de conflito ou tensão
 () Evita essas informações
 () Justifica as diferenças
 () Adapta seus pensamentos a partir das novas informações
 () Aceita novas informações
 () Outro:

17) De que forma são armazenados os dados/ documentos (ofícios, relatórios, planilhas etc...) da secretaria municipal de saúde (RM)

- () Em papel e arquivados em cada departamento/ divisão
 () No computador de cada departamento/divisão
 () No computador de cada departamento que estão interligados em rede, ou seja, que permite o compartilhamento de dados e informações
 () Não sei pois cada departamento tem sua forma de armazenamento
 () Outro:

18) Como avalia a informação usada na secretaria de saúde para tomada decisão: (RU)

	Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Precária
Nível de utilização (atributo que indica a quantidade de vezes que uma informação é usada)					
Facilidade de acesso (atributo que indica a facilidade de encontrar uma informação)					
Velocidade (atributo que indica que a informação deverá ser fornecida na velocidade necessária à resolução de um problema)					
Atualidade (atributo que indica que a informação apresentada é atual ou condizente com o momento presente)					
Fidedignidade (atributo que indica que a informação é merecedora de crédito, confiança)					
Veracidade (atributo que representa a verdade está relacionado com a origem dos dados)					
Exatidão (atributo que indica que a informação não contém erros transmite fatos com rigor)					
Utilidade (às vezes coleta-se muitos dados que acabam não servindo para processo decisório, assim no processo decisório o gestor precisa de informação que realmente possa ser utilizada)					

19) Quando suas decisões são baseadas em informações como as relacionadas a seguir, como classifica o seu domínio de conhecimento: (RU)

Domínio Pleno corresponde de 81% a 100% de conhecimento;
Domínio Semi-Pleno corresponde de 61% a 80% de conhecimento;
Domínio Restrito corresponde 41% a 60% de conhecimento;
Domínio Escasso corresponde de 21% a 40% de conhecimento;
Insuficiente corresponde de 1% a 20% de conhecimento;

	Domínio Pleno	Domínio Semi-Pleno	Domínio Restrito	Domínio Escasso	Insuficiente
Informações legais de saúde pública					
Informações provenientes dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde					
Informações de relatórios gerenciais e outros					
Informações da realidade local do município					
Informações científicas (congressos, pesquisas, revistas)					
Informações baseadas na experiência pessoal					
Informações repassadas pelo grupo de trabalho da secretaria					
Informações disponíveis em sites					

20) Os sistemas de informações padronizados pelo Ministério da Saúde são importantes para suas decisões: (RU)

() Sim () Não

Cite os sistemas de informações utilizados no seu processo decisório:

.....

21) Finalizando, considera a secretaria municipal de saúde uma organização baseada em informação?

() Sim () Não

Justifique:

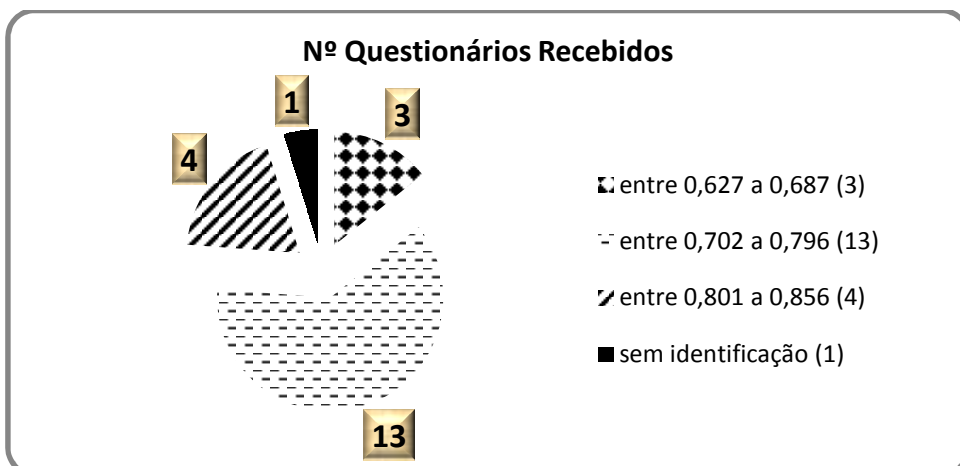
.....

Apêndice 5 Elementos de análise do instrumento de pesquisa

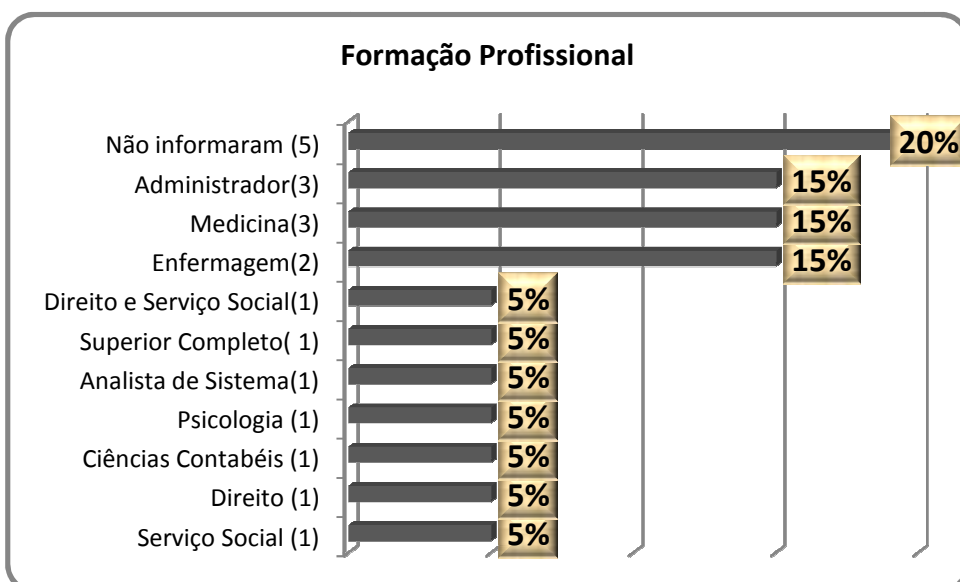
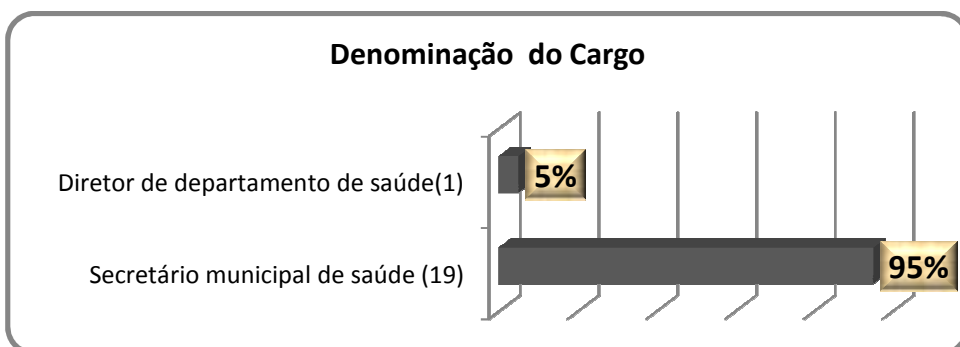
Constructo	Elemento de análise	Questão	Autor	Justificativa
	Caracterização do município			Identificar o município participante da pesquisa
	Caracterização do participante			Conhecer o perfil do respondente: cargo, formação profissional, tempo no cargo de secretário de saúde, tempo de atividade profissional no SUS, formação acadêmica.
Informação	Significado atribuído ao termo informação	01	McGee e Prusak	Este elemento permite analisar o que significa informação para os entrevistados.
Informação	Uso de informação no processo de decisão	02		O elemento permite identificar se o entrevistado usa a informação no seu processo decisório
Processo decisório	Tipo de conteúdo das decisões	03	Simon	O elemento conteúdo das decisões objetivou identificar os tipos de decisões do secretário municipal de saúde.
Informação	Importância da informação no processo decisório	04	Simon	O elemento informação permite ao entrevistado ressaltar a sua percepção quanto à importância da informação no processo decisório.
Comportamento decisório	Autonomia no processo decisório	05		O elemento permite identificar como o entrevistado identifica a sua autonomia no processo decisório
Comportamento decisório	Condição do processo decisório	06		O elemento evidencia sob qual condição o participante está quando toma uma decisão, vinculada com a informação
Comportamento decisório	Fundamentação da decisão individual	07	Simon	O elemento permite obter uma visão de que aspectos fundamentam a decisão dos gestores de saúde.
Comportamento decisório	Atitude ao tomar uma decisão	08	Simon	O elemento permite estabelecer uma relação com as premissas de Simon
Processo decisório	Envolvidos no processo	09	Simon	Investigou os participantes do processo decisório. Sendo significativa para evidenciar que o gestor não está sozinho ao tomar decisão.
Processo decisório	Fatores que dificultam a capacidade de tomar decisão	10	Simon e Davenport	Evidência a limitação de processar a informação disponibilizada neste segmento, se refere a excesso de informação de fontes externas, complexidade de informação de fontes internas e ambigüidades de informações coletas pela equipe, também como o contexto complexo deste segmento e a conjuntura política.
Processo decisório	A decisão não conduz ao objetivo esperado	11	Simon	Examina se a decisão não concretiza o objetivo e se isso ocorre por falta de informação ou falta de qualidade da informação, efetividade da informação disseminada para implementar a ação, desconhecimento dos riscos.
Processo decisório	Tipos de decisão	12	Simon	O elemento permite identificar como o entrevistado classifica o tipo de suas decisões: programada; semi-programada; não- programada

Processo decisório	Política Informacional	13	Davenport	Permite identificar a estrutura política da informação, evidenciando se há troca de informação entre o gestor e sua equipe ou não no processo decisório.
Comportamento informacional no processo decisório	Fonte utilizada na coleta de informação	14	Choo e Davenport	Este elemento evidencia o comportamento informacional dos gestores no que se refere a fontes de informação, demonstrando suas preferências. Quanto às fontes de informação enfatizam-se: fontes estruturadas (documentos, relatórios, planilhas) fontes humanas (reuniões, conversas informais), computadorizada (internet).
Processo decisório	Comunicação da decisão/Política informacional	15	Simon e Davenport	Permite evidenciar o gestor como um fornecedor de informação. E qual o fluxo de disseminação da decisão na organização, se é utilizado de forma estruturada (documentos formal e normativo) ou não estruturada (repasso verbal) e, Permite identificar a estrutura política da informação, evidenciando se há troca de informação entre o gestor e sua equipe ou não no processo decisório.
Informação	Reação emocional frente a informações contraditórias	16	Choo	Este elemento investiga o comportamento emocional do gestor quando se depara com informações que não vão de encontro com suas estruturas cognitivas, está vinculado ao uso da informação.
Informação	Armazenamento da informação	17	Davenport	O elemento permite identificar o ambiente informacional por meio da localização (departamentos/ ou computadores em rede) e armazenamento da informação (papel, ou computador).
Informação	Atributos da informação	18	Côrtes	O elemento evidencia a percepção dos gestores em relação à informação que usam.
Processo decisório	Domínio de conhecimento de informações	19	Simon	O elemento permite analisar a racionalidade limitada do gestor quanto aos seus domínios de conhecimentos sobre informações.
Comportamento Informacional e processo decisório	Sistemas de informações padronizados pelo Ministério da saúde	20	Choo	Este elemento permite identificar quais os SI que são utilizados pelos gestores no seu processo de decisão. Como também o perceber o valor da informação dos SI para os gestores.
Informação	SMS uma organização baseada em informação	21	Davenport	O elemento permite identificar se está voltada mais para uma visão ecológica da informação ou para tecnologia.

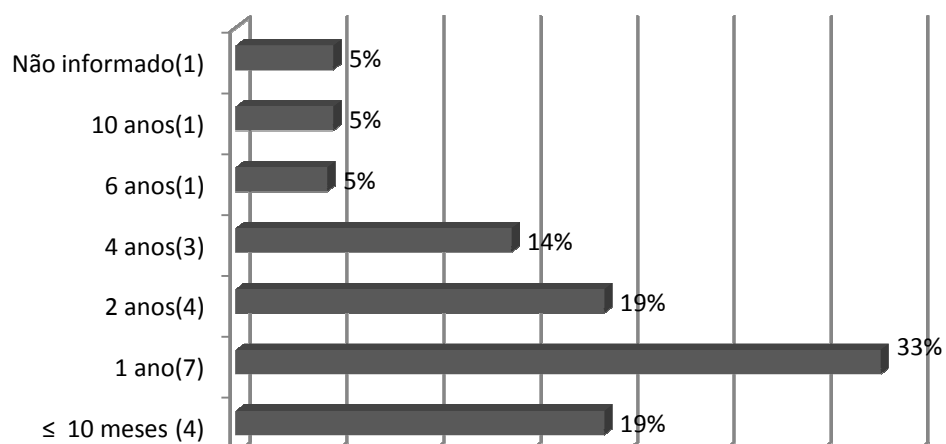
Apêndice 6 Resultado gráfico dos dados coletados



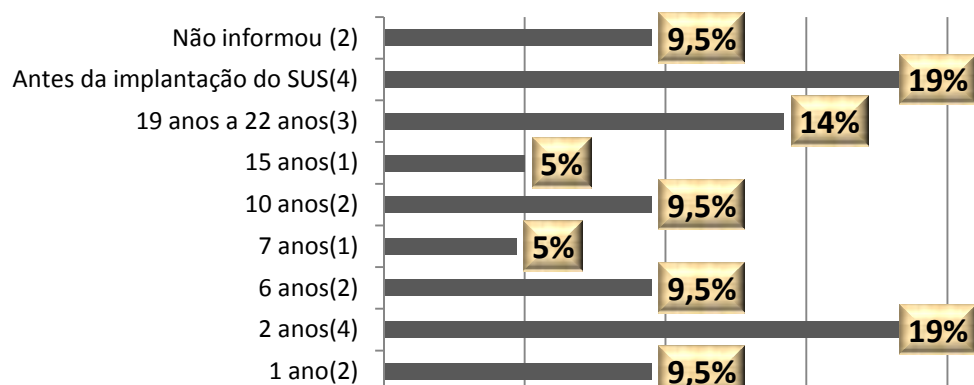
II Caracterização do participante



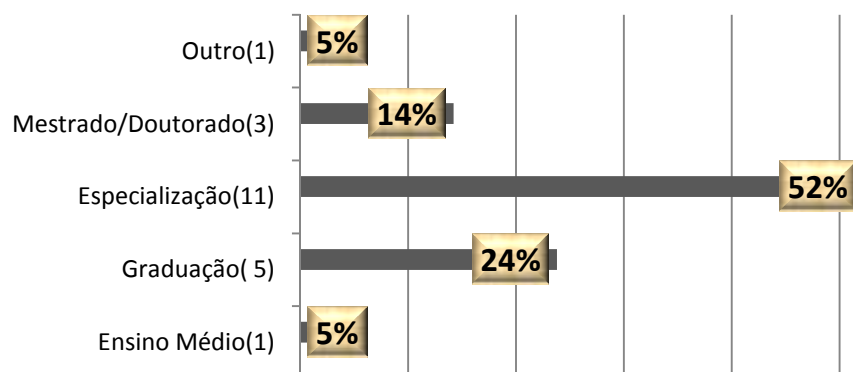
Tempo no Cargo



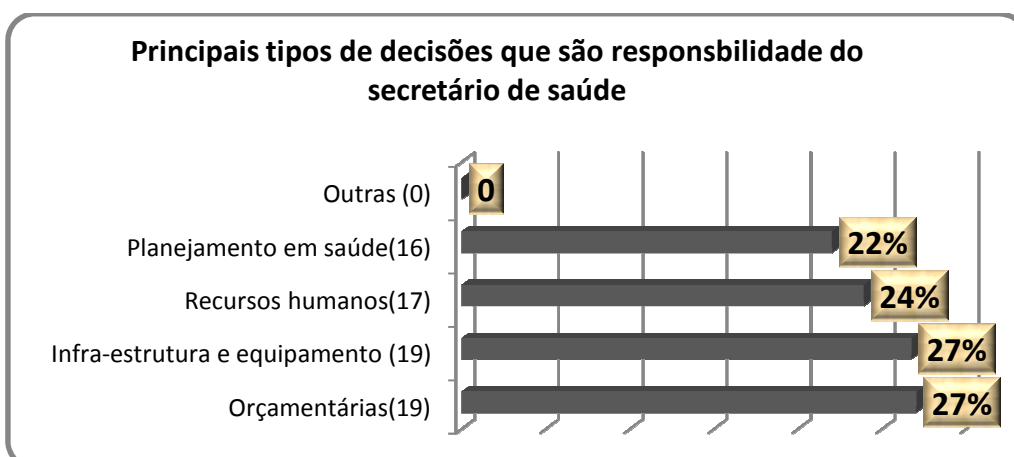
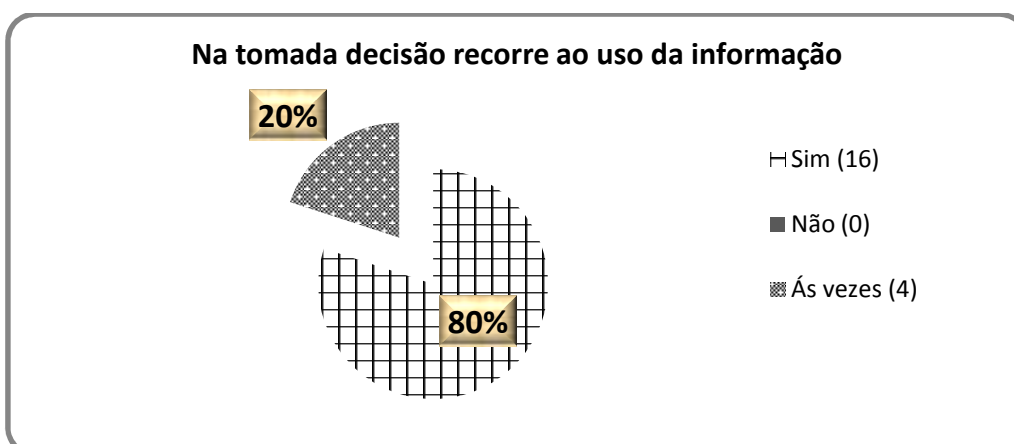
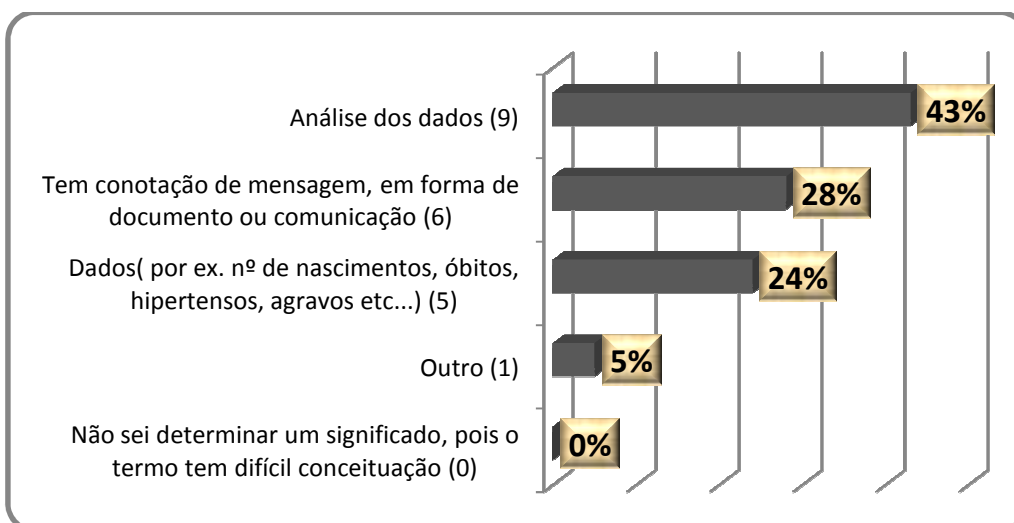
Tempo de Atividade Profissional no SUS



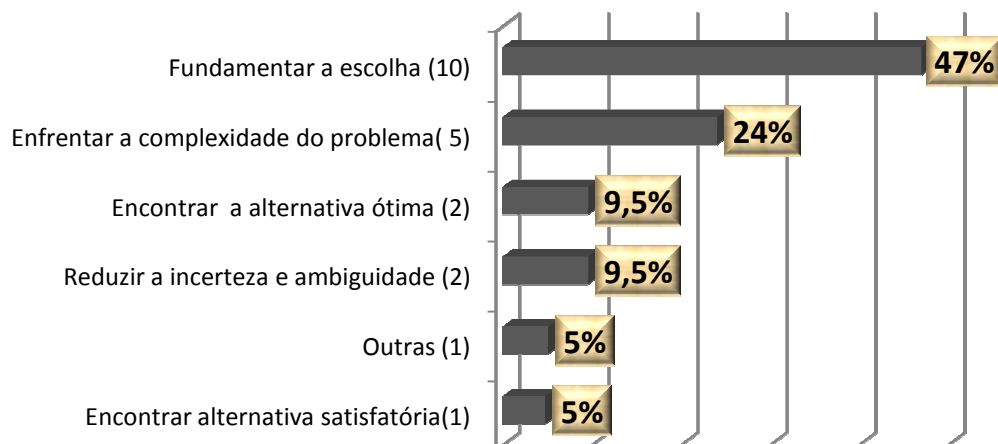
Formação Acadêmica



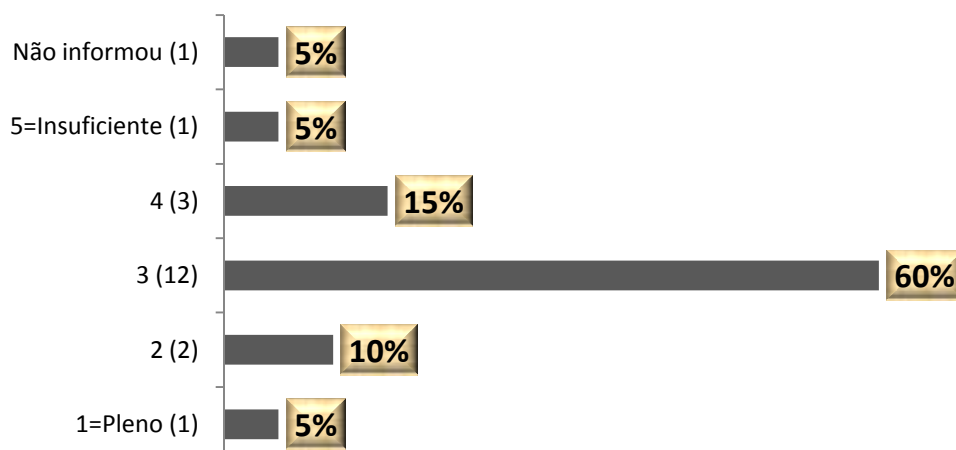
III Questões de pesquisa



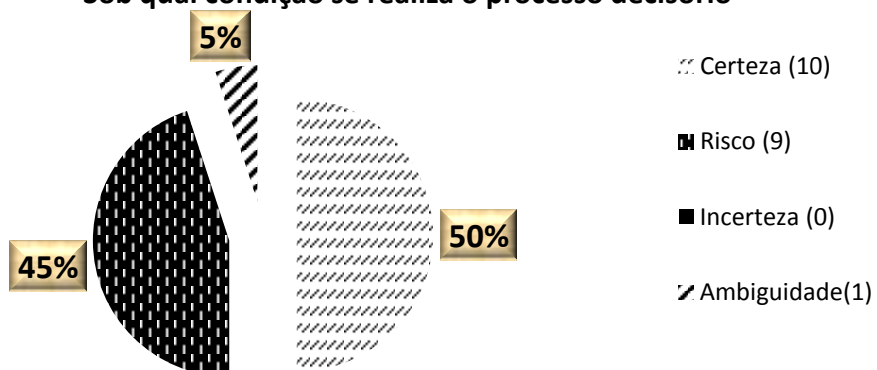
Importância da informação no processo decisório



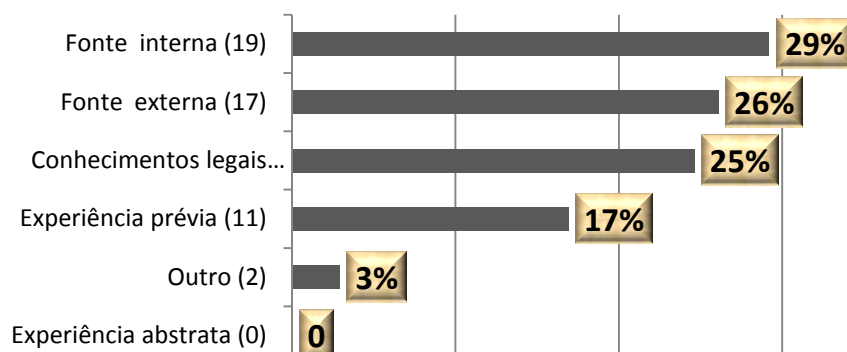
Grau de autonomia no processo decisório em saúde pública



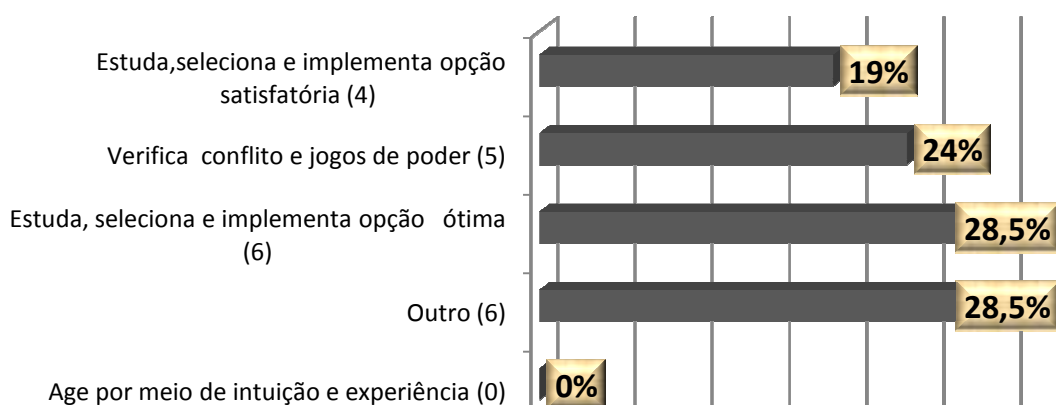
Sob qual condição se realiza o processo decisório



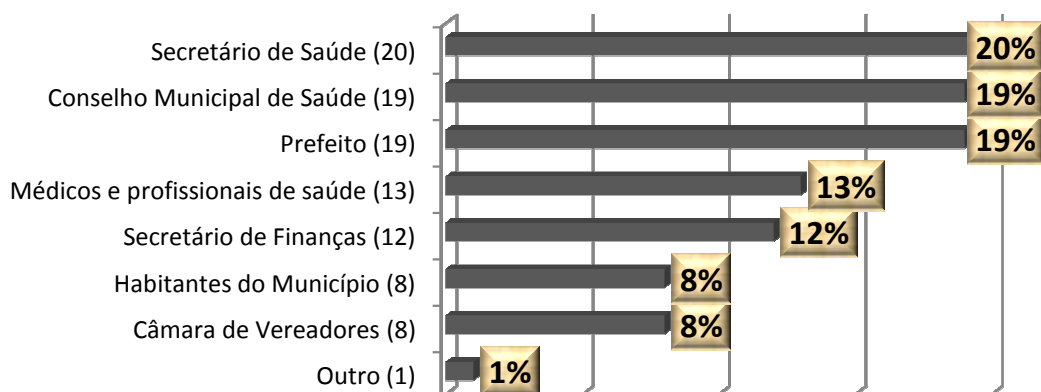
Habitualmente fundamenta suas decisões em:



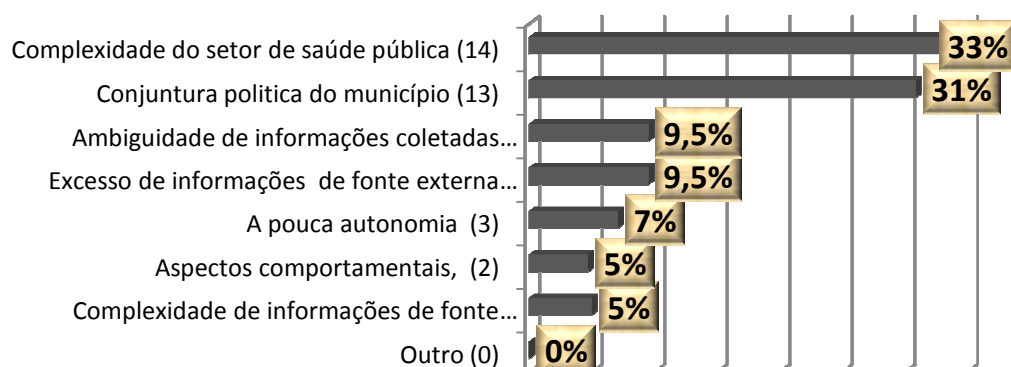
Atitude quando tem que tomar uma decisão



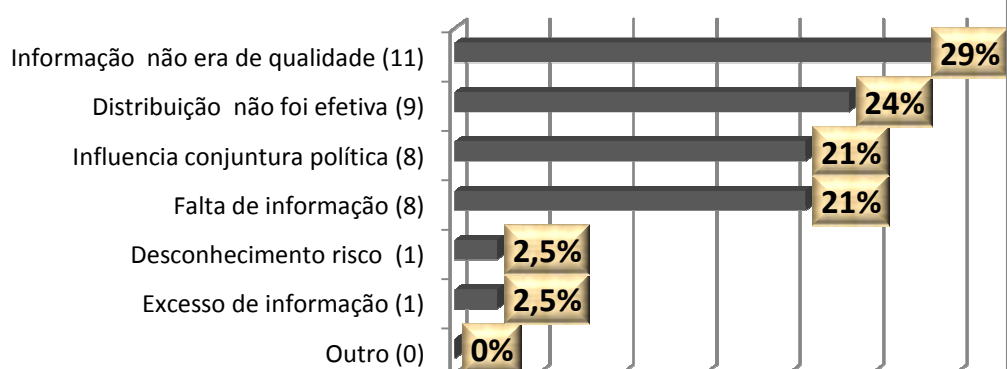
Quem participa da tomada de decisão em saúde pública



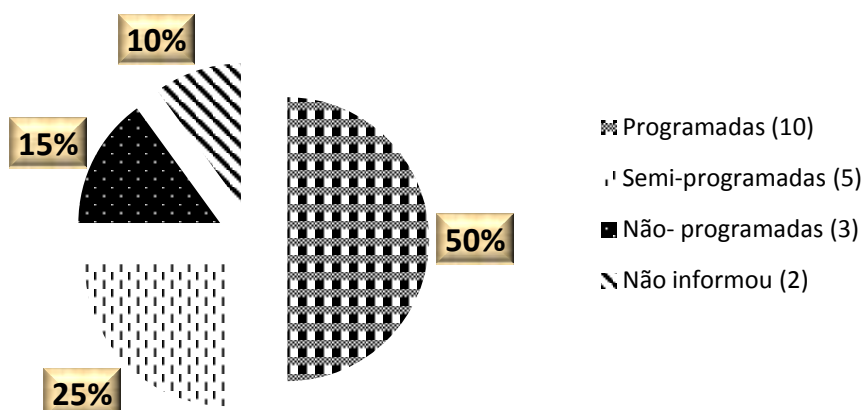
Fatores que dificultam a capacidade de tomar decisão



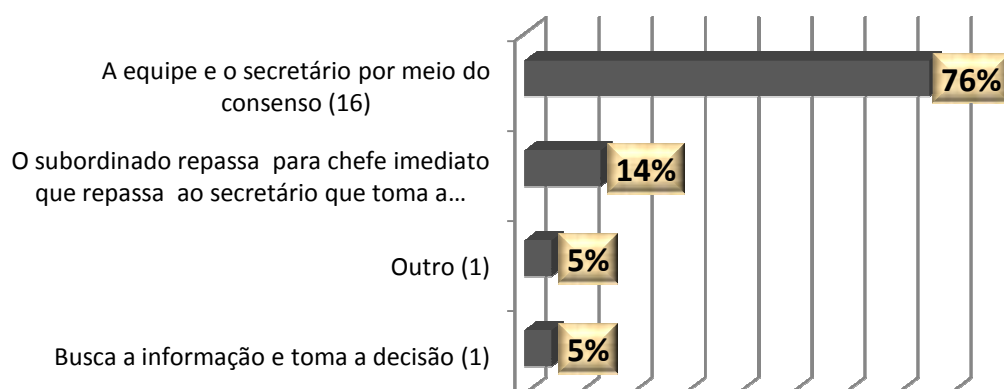
Quando a decisão não conduz ao objetivo desejado o que ocorreu



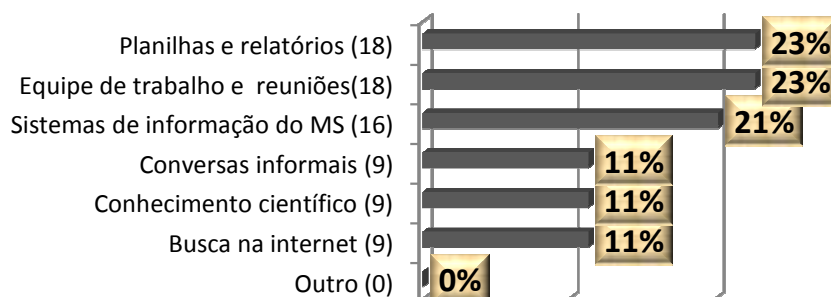
Tipo de decisão



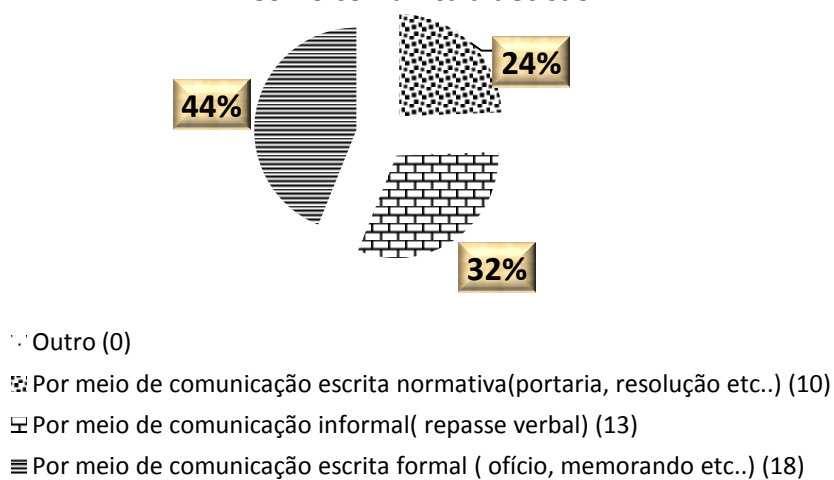
Como ocorre a tomada de decisão na SMS

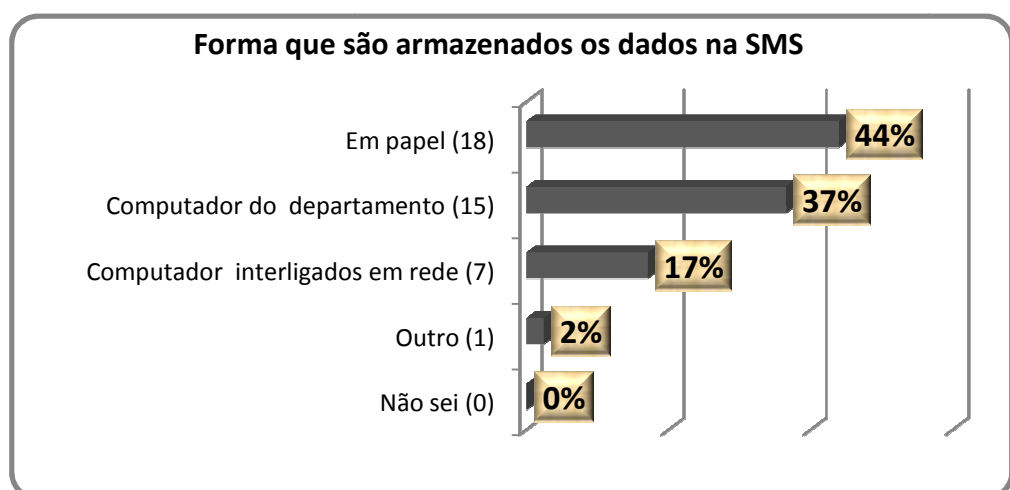
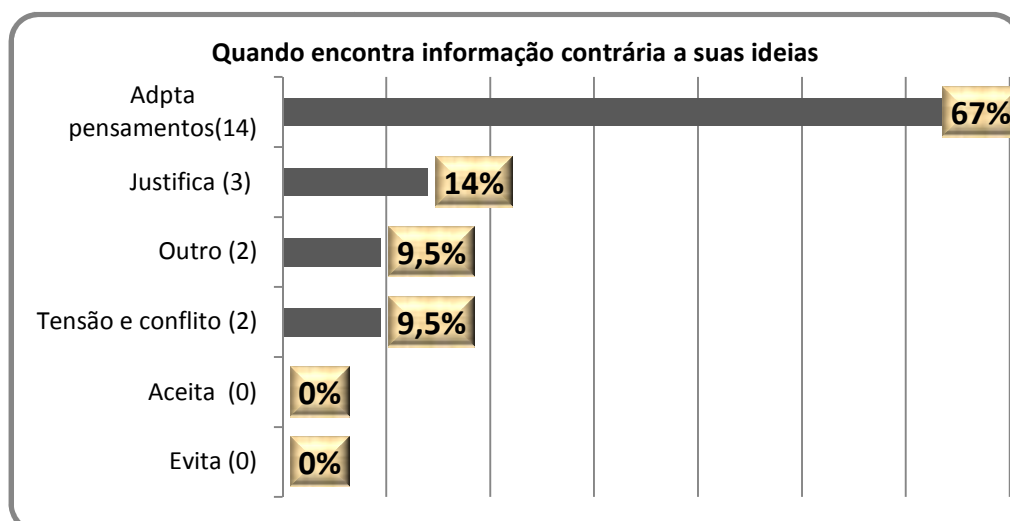


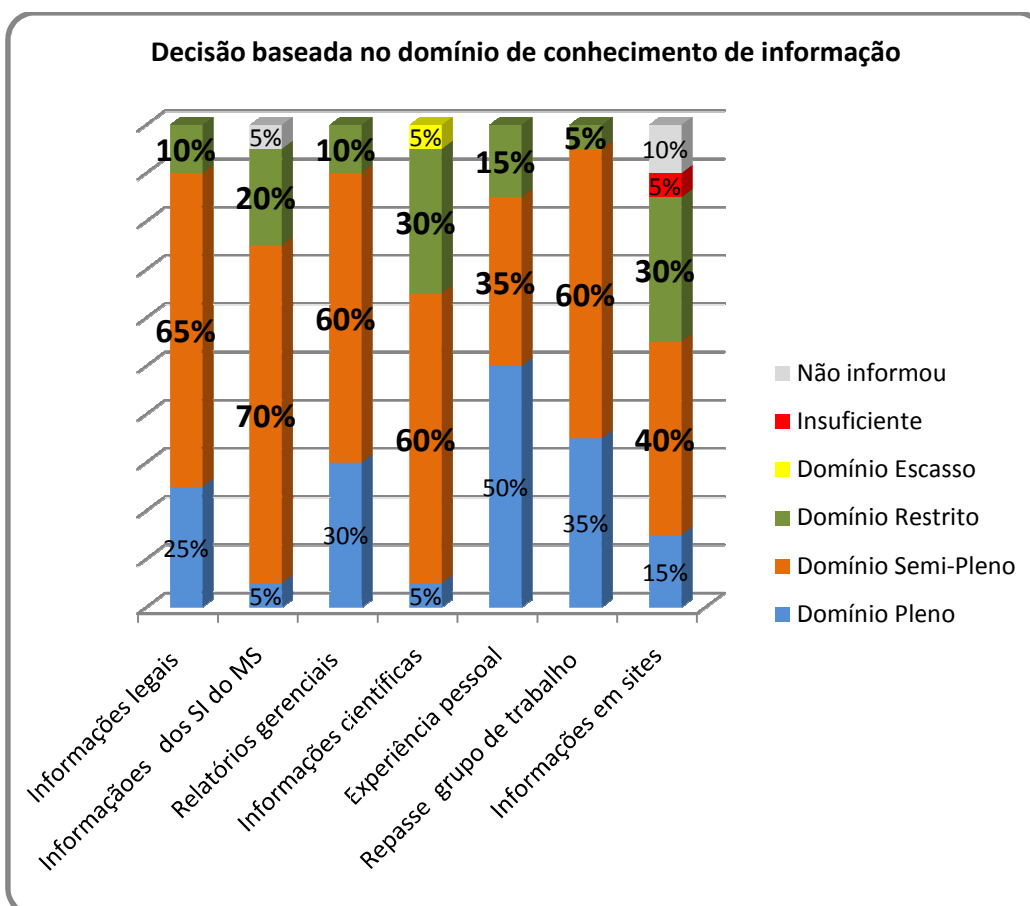
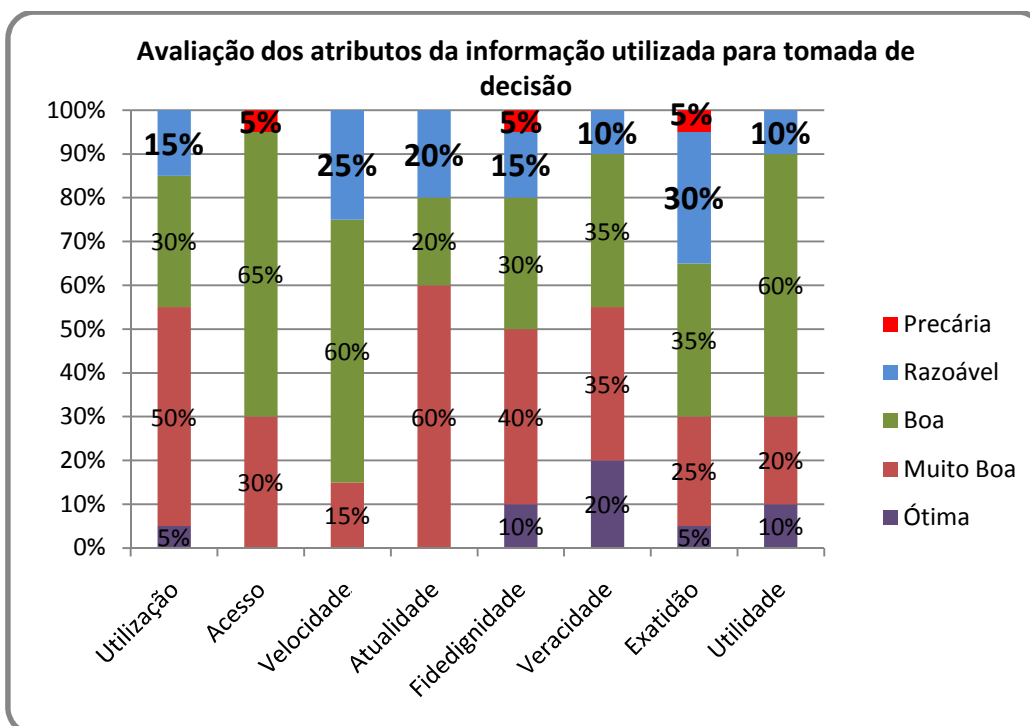
Quando é necessária uma informação de que forma é coletada



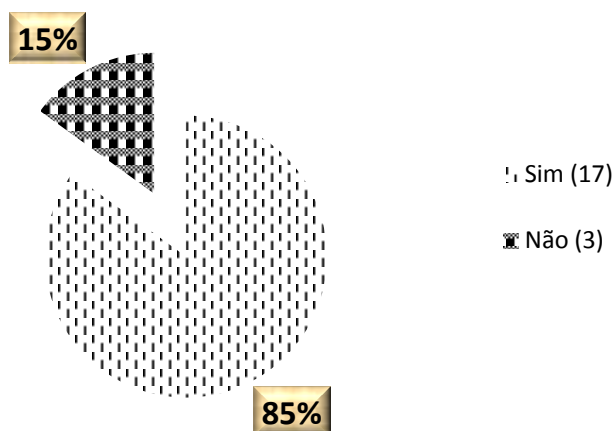
Como comunica a decisão







Os SI do Ministério da Saúde são importantes para decisão



Sistemas de Informação utilizados no processo decisório

SI	Nº de Indicações
SIA	5
SIAB	4
SISVAN	3
CNES	2
SINASC	2
PNI	1
SISPRENATAL	1
SIM	1
SINAN	1
Banco de dados próprios	1

Considera a SMS uma organização baseada em informação

Sim	Pois todas as informações são recebidas, processadas e transmitidas.
Sim	Baseada nas informações que dispomos através do SIAB, SIA, FAE, CNES e banco de dados próprio
Sim	A reorganização das ações estão fundamentadas no Ministério, estado e comunidade
Sim	Toda decisão deve ser compartilhada com o Conselho Municipal de Saúde e por isso elas são sempre em informações fundamentadas
Sim	A informação é essencial no sistema de gestão
Sim	Porque através das informações são realizados os planejamentos em saúde, a resolução de problemas e conflitos
Sim	Organização de metas e projeto.

Apêndice 7 Tabelas dos dados coletados

Questionários recebidos

IDH	Nº Questionários Recebidos
IDH entre 0,627 a 0,687	3
IDH entre 0,702 a 0,796	13
IDH entre 0,801 a 0,856	4
Sem identificação	1
	Σ 21

II Caracterização do participante

Denominação do cargo

	Frequência	Percentual
Secretário municipal de saúde	19	95%
Diretor de departamento de saúde	1	5%
	Σ 20	100%

Formação Profissional

	Frequência	Percentual
Serviço Social	1	5%
Direito	1	5%
Ciências Contábeis	1	5%
Psicologia	1	5%
Analista de Sistema	1	5%
Superior Completo	1	5%
Direito e Serviço Social	1	5%
Enfermagem	3	15%
Medicina	3	15%
Administrador	3	15%
Não informaram	4	20%
	Σ 20	100%

Tempo no cargo

	Frequência	Percentual
≤ 10 meses	4	19%
1 ano	7	33%
2 anos	4	19%
4 anos	3	14%
6 anos	1	5%
10 anos	1	5%
Não informado	1	5%
	Σ 21	100%

Tempo de atividade profissional no SUS

	Frequência	Percentual
1 ano	2	9,5%
2 anos	4	19%
6 anos	2	9,5%
7 anos	1	5%
10 anos	2	9,5%
15 anos	1	5%
19 anos a 22 anos	3	14%
Antes da implantação do SUS	4	19%
Não informou	2	9,5%
	Σ21	100%

Formação Acadêmica

	Frequência	Percentual
Ensino Médio	1	5%
Graduação	5	24%
Especialização	11	52%
Mestrado/Doutorado	3	14%
Outro	1	5%
	Σ21	100%

III Questões de pesquisa**1) Qual o significado que você atribui ao termo informação: (RU)**

	Frequência	Percentual
Não sei determinar um significado, pois o termo tem difícil conceituação	0	0%
Outro	1	5%
Dados(por ex. nº de nascimentos, óbitos, hipertensos, agravos etc...)	5	24%
Tem conotação de mensagem, em forma de documento ou comunicação	6	28%
Análise dos dados	9	43%
	Σ21	100%

2) Quando toma uma decisão recorre ao uso da informação: (RU)

	Frequência	Percentual
Sim	16	80%
Não	0	0%
Às vezes	4	20%
	Σ20	100%

3) No processo de gestão de saúde no seu município aponte os principais tipos de decisões que são da responsabilidade do gestor: (RM)

	Frequência	Percentual
Decisões orçamentárias	19	27%
Decisões de investimento em infra-estrutura e equipamento	19	27%
Decisões de recursos humanos	17	24%
Decisões de planejamento em saúde	16	22%
Outras	0	0
	Σ71	100%

4) A informação no seu processo decisório é importante para: (RU)

	Frequência	Percentual
Fundamentar a escolha	10	47%
Enfrentar a complexidade do problema	5	24%
Reduzir a incerteza e ambigüidade	2	9,5%
Escolher a alternativa ótima	2	9,5%
Encontrar a alternativa satisfatória	1	5%
Outras	1	5%
	Σ21	100%

5) Como classifica o seu grau de autonomia no processo decisório: (RU)

	Frequência	Percentual
1= Pleno	1	5%
2	2	10%
3	12	60%
4	3	15%
5 = insuficiente	1	5%
Não informou	1	5%
	Σ20	100%

6) Sob qual condição se realiza o seu processo decisório: (RU)

	Frequência	Percentual
Certeza	10	50%
Risco	9	45%
Incerteza	0	0%
Ambigüidade	1	5%
	Σ 20	100%

7) Habitualmente suas decisões são fundamentas em: (RM)

	Frequência	Percentual
Experiência abstrata	0	0%
Outro	2	3%
Experiência prévia	11	17%
Conhecimentos legais	16	25%
Fonte externa	17	26%
Fonte interna	19	29%
	Σ 65	100%

8)Qual sua atitude quando tem que tomar uma decisão: (RU)

	Frequência	Percentual
Age por meio da intuição e experiência	0	0%
Realiza um estudo de cada alternativa de ação, seleciona e implementa a alternativa satisfatória	4	19%
Realiza um estudo de cada alternativa verificando aspectos como: existência de conflitos e jogos de poder	5	24%
Realiza um estudo de cada alternativa de ação, seleciona e implementa a alternativa ótima	6	28,5%
Outro	6	28,5%
	Σ 21	100%

9)Quem participa da tomada de decisão em saúde pública no seu município: (RM)

	Frequência	Percentual
Secretário de saúde	20	20%
Conselho municipal de saúde	19	19%
Prefeito	19	19%
Médicos e profissionais de saúde	13	13%
Secretário de finanças	12	12%
Habitantes do município	8	8%
Câmara de vereadores	8	8%
Outro	1	1%
	Σ 100	100%

10)Quais são os fatores que dificultam sua capacidade de tomar decisões: (RM)

	Frequência	Percentual
Complexidade do setor saúde	14	33%
Conjuntura política do município	13	31%
Ambigüidade de informações coletadas pela equipe de trabalho	4	9,5%
Excesso de informação de fonte externa	4	9,5%
Pouca autonomia	3	7%
Aspectos comportamentais, como ansiedade e incerteza	2	5%
Complexidade de informação de fonte interna	2	5%
Outro	0	0%
	Σ42	100%

**11) Quando sua decisão não conduz ao objetivo desejado o que você acha que ocorreu:
(RM)**

	Frequência	Percentual
Informação não era de qualidade	11	29%
A informação distribuída para implementar a ação não foi efetiva	9	24%
Os seus critérios de decisão foram influenciados pela conjuntura política	8	21%
Falta de informação	8	21%
Desconhecimento de todos os riscos envolvidos na decisão	1	2,5%
Excesso de informação	1	2,5%
Outro	0	0%
	Σ38	100%

12) Suas decisões são do tipo:(RU)

	Frequência	Percentual
Programada	10	50%
Semi-programadas	5	25%
Não programadas	3	15%
Não informou	2	10%
	Σ 20	100%

13) Como ocorre a tomada de decisão na sua secretaria:(RU)

	Frequência	Percentual
A equipe da secretaria junto com o secretário compartilha informação e por meio de consenso chegam a decisão	16	76%
O subordinado repassa a informação para o seu chefe imediato que informa o secretário que toma a decisão	3	14%
O secretário busca a informação e toma a decisão	1	5%
Outro	1	5%
	Σ 21	100%

14) Quando é necessária uma informação para tomada de decisão de que forma é coletada (RM)

	Frequência	Percentual
Por meio de planilhas e relatórios	18	23%
Por meio da equipe de trabalho e de reuniões internas	18	23%
Por meio dos SI do Ministério da saúde	16	21%
Conversas informais	9	11%
Conhecimento científico(universidade/ grupos de pesquisa/congressos etc..)	9	11%
Busca na internet	9	11%
Outro	0	0%
	Σ 79	100%

15) Como comunica a sua decisão:(RM)

	Frequência	Percentual
Por meio de comunicação escrita formal	18	44%
Por meio da comunicação informal	13	32%
Por meio da comunicação escrita normativa	10	24%
Outro	0	0%
	Σ 41	100

16) Quando encontra informações que são contrárias as suas idéias, o que sente:(RU)

	Frequência	Percentual
Adapta seus pensamentos a partir das novas informações	14	67%
Justifica as diferenças	3	14%
Outro	2	9,5%
Sensação de conflito ou tensão	2	9,5%
Aceita novas informações	0	0%
Evita essa informação	0	0%
	Σ 21	100%

17)De que forma são armazenados os dados/documentos na SMS:(RM)

	Frequência	Percentual
Em papel e arquivados em cada departamento	18	44%
No computador de cada departamento	15	37%
No computador de cada departamento que está interligado em rede	7	17%
Outro	1	2%
Não sei, pois cada departamento tem sua forma de armazenamento	0	0%
	Σ 41	100%

18) Como avalia a informação usada na SMS para tomada de decisão:(RU)

	Ótima		Muito Bom		Bom		Razoável		Precária		Σ	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Utilização	1	5%	10	50%	6	30%	3	15%	0	0%	20	100%
Acesso	0	0%	6	30%	13	65%	0	0%	1	5%	20	100%
Velocidade	0	0%	3	15%	12	60%	5	25%	0	0%	20	100%
Atualidade	0	0%	12	60%	4	20%	4	20%	0	0%	20	100%
Fidedignidade	2	10%	8	40%	6	30%	3	15%	1	5%	20	100%
Veracidade	4	20%	7	35%	7	35%	2	10%	0	0%	20	100%
Exatidão	1	5%	5	25%	7	35%	6	30%	1	5%	20	100%
Utilidade	2	10%	4	20%	12	60%	2	10%	0	0%	20	100%

F= Freqüência

19) Quando suas decisões são baseadas em informações como as relacionadas a seguir, como classifica o seu domínio de conhecimento:(RU)

	Domínio Pleno		Domínio Semi-Pleno		Domínio Restrito		Domínio Escasso		Insuficiente		Não Respondeu		Σ	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Informação legal	5	25%	13	65%	2	10%	0	0%	0	0%	0	0%	20	100%
Informação SI do Min. Saúde	1	5%	14	70%	4	20%	0	0%	0	0%	1	5%	20	100%
Relatórios gerenciais	6	30%	12	60%	2	10%	0	0%	0	0%	0	0%	20	100%
Informação científica	1	5%	12	60%	6	30%	1	5%	0	0%	0	0%	20	100%
Experiência pessoal	10	50%	7	35%	3	15%	0	0%	0	0%	0	0%	20	100%
Repasadas pelo grupo de trabalho	7	35%	12	60%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	20	100%
Disponíveis em sites	3	15%	8	40%	6	30%	0	0%	1	5%	2	10%	20	100%

F= Freqüência

20) Os sistemas de informação padronizados pelo Ministério da saúde são importantes para suas decisões:(RU)

	Freqüência	Percentual
Sim	17	85%
Não	3	15%
	Σ 20	100%

ANEXO

Rol dos municípios que compõem a 2ª Regional de Saúde Metropolitana.

Anexo Rol dos municípios que compõem a 2ª Regional de Saúde Metropolitana

Adrianópolis
Almirante Tamandaré
Agudos do Sul
Araucária
Balsa Nova
Bocaiúva do Sul
Campina Grande do Sul
Campo do Tenente
Campo Largo
Campo Magro
Cerro Azul
Colombo
Contenda
Curitiba
Dr. Ulisses
Fazenda Rio Grande
Itaperuçu
Lapa
Mandirituba
Piên
Pinhais
Piraquara
Quatro Barras
Quitandinha
Rio Branco do Sul
Rio Negro
São José dos Pinhais
Tijucas do Sul
Tunas do Paraná